



MEMORIA INTERNACIONAL MSF 2011



www.msf.org

CARTA MAGNA DE MÉDICOS SIN FRONTERAS

Médicos Sin Fronteras es una asociación privada con vocación internacional. La asociación reúne mayoritariamente a miembros del cuerpo sanitario y está abierta a otros profesionales útiles a su misión. Todos suscriben sobre el honor los siguientes principios:

Médicos Sin Fronteras aporta su ayuda a las poblaciones en situación precaria, a las víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin discriminación de raza, religión, filosofía o política.

Al actuar en la más estricta neutralidad e imparcialidad, Médicos Sin Fronteras reivindica, en nombre de la ética médica universal y del derecho a la asistencia humanitaria, plena y entera libertad en el ejercicio de su función.

Médicos Sin Fronteras se compromete a respetar los principios deontológicos de su profesión y a mantener una independencia total de todo poder, así como de toda fuerza política, económica o religiosa.

Los voluntarios miden los riesgos y peligros de las misiones que cumplen y no reclamarán para sí mismos ni para sus allegados compensación alguna, salvo la que la asociación sea capaz de proporcionarles.

Los textos sobre países de esta memoria ofrecen una visión general del trabajo de MSF en el mundo entre enero y diciembre de 2011. Las cifras de personal representan el total de puestos equivalentes a tiempo completo (*full-time equivalent* o FTE) por país durante dicho periodo.

Los resúmenes de actividades por países son representativos y, por limitaciones de espacio, no siempre exhaustivos. Los nombres de algunos pacientes son ficticios para preservar su identidad.

Los nombres de los lugares y las fronteras que aparecen en esta memoria no reflejan la postura de MSF sobre su estatus jurídico.

SUMARIO

2 MSF EN EL MUNDO

4 RESUMEN DEL AÑO

*Unni Karunakara, presidente internacional de MSF
Kris Torgeson, secretaria general de MSF*

8 RESUMEN DE OPERACIONES

10 GLOSARIO DE ENFERMEDADES Y ACTIVIDADES

14 ¿ACCIÓN HUMANITARIA A CUALQUIER PRECIO?

16 SOMALIA: SITUACIÓN EXTREMA

18 TAILANDIA: MSF CIERRA SU MISIÓN MÁS LARGA

22 VIH: AMPLIAR EL TRATAMIENTO ES PREVENIR

25 PROYECTOS DE MSF EN EL MUNDO

111 INFORMES ESPECIALES 2011

112 DATOS Y CIFRAS

116 CONTACTOS MSF



4 Resumen del año



14 ¿Acción humanitaria a cualquier precio?



18 MSF cierra su misión más larga

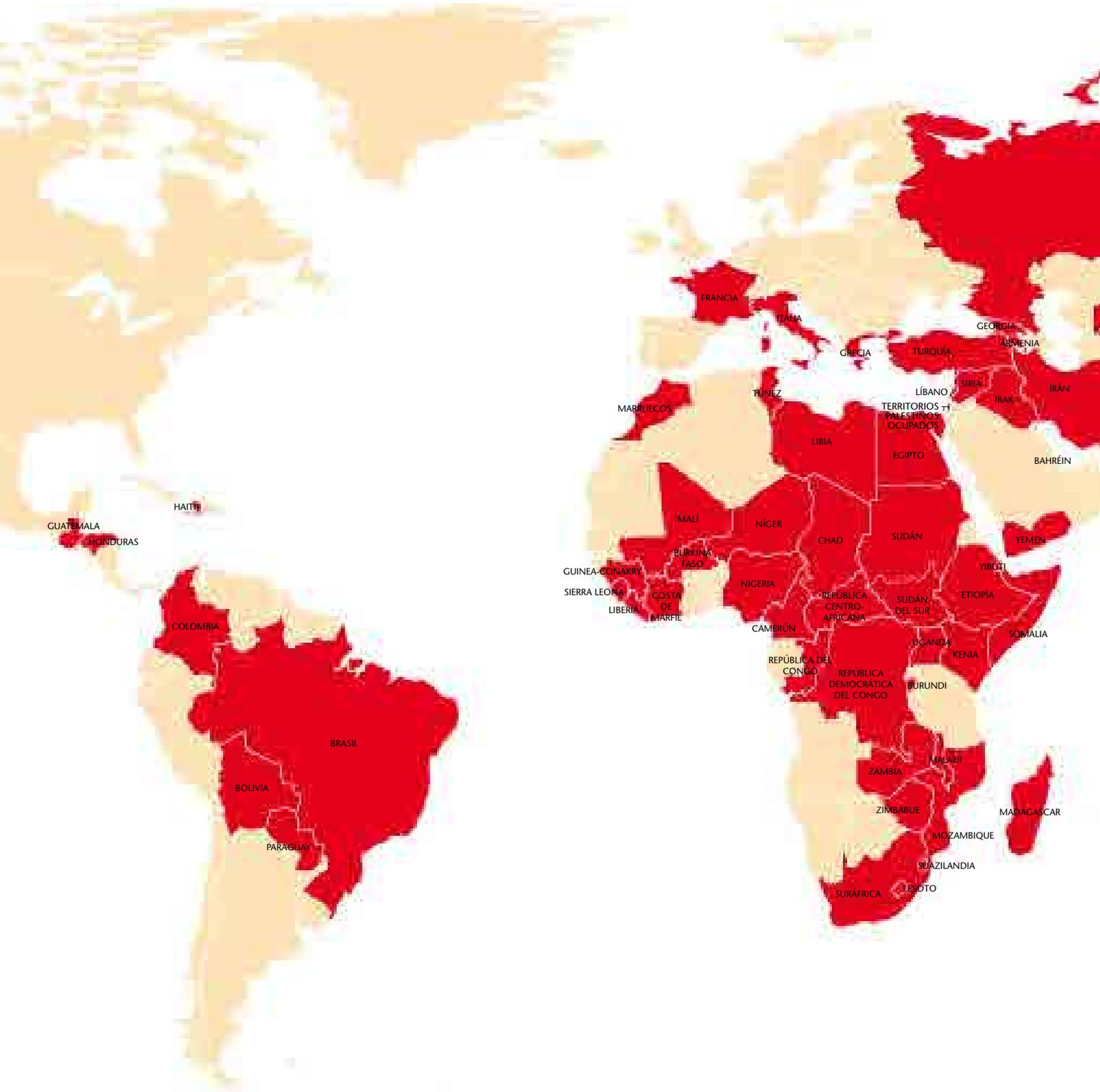


22 Ampliar el tratamiento del VIH es prevenir



25 Proyectos de MSF en el mundo

MSF EN EL MUNDO





26	AFGANISTÁN	72	MALÍ
28	ARMENIA	73	MARRUECOS
29	BAHRÉIN	74	MOZAMBIQUE
30	BANGLADESH	76	MYANMAR
31	BOLIVIA	78	NÍGER
32	BRASIL	79	NIGERIA
33	BURKINA FASO	81	PAKISTÁN
34	BURUNDI	82	PAPÚA NUEVA GUINEA
35	CAMBOYA	83	PARAGUAY
36	CAMERÚN	84	REPÚBLICA CENTROAFRICANA
37	CHAD	85	REPÚBLICA DEL CONGO
39	CHINA	86	REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO
40	COLOMBIA	88	RUSIA
42	COSTA DE MARFIL	89	SIERRA LEONA
44	EGIPTO	90	SIRIA
45	ETIOPÍA	91	SOMALIA
47	FILIPINAS	93	SRI LANKA
48	FRANCIA	94	SUAZILANDIA
49	GEORGIA	95	SUDÁN
50	GRECIA	96	SUDÁN DEL SUR
51	GUATEMALA	98	SURÁFRICA
52	GUINEA-CONAKRY	99	TAILANDIA
53	HAITÍ	100	TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS
55	HONDURAS	101	TÚNEZ
56	INDIA	102	TURQUÍA
58	IRAK	103	UGANDA
59	IRÁN	104	UZBEKISTÁN
60	ITALIA	105	YEMEN
61	JAPÓN	107	YIBUTI
62	KENIA	108	ZAMBIA
64	KIRGUIZISTÁN	109	ZIMBABUE
65	LESOTO		
66	LÍBANO		
67	LIBERIA		
68	LIBIA		
70	MADAGASCAR		
71	MALAUÍ		

RESUMEN DEL AÑO

Unni Karunakara, presidente internacional de MSF

Kris Torgeson, secretaria general de MSF

Numerosas emergencias humanitarias, casi todas complejas, pusieron a prueba nuestra capacidad de respuesta en 2011.

La larga guerra, la sequía y las restricciones al acceso de la ayuda médico-humanitaria agravaron aún más la crisis en el centro y sur de Somalia. En esta región y en los campos de refugiados de Etiopía y Kenia, Médicos Sin Fronteras (MSF) atendió a más de 95.000 personas por desnutrición y a más de seis mil por sarampión entre mayo y diciembre. Asimismo, vacunamos a casi 235.000 niños contra el sarampión y realizamos más de 450.000 consultas.

Aun así, experimentamos enormes dificultades para llegar hasta las personas que creíamos más necesitadas y, en general, tuvimos que limitarnos a ampliar las operaciones en curso. En muchos lugares no nos permitieron abrir nuevos proyectos y en otros la inseguridad nos impidió ampliarlos. Nuestras compañeras Blanca Thiebaut y Montserrat Serra fueron secuestradas en uno de los campos de refugiados somalíes de Dadaab, en Kenia, el 13 de octubre. Y el 29 de diciembre otros dos compañeros, Philippe Havet y Andrias Karel Keiluhu, fueron asesinados en nuestra oficina en Mogadiscio. Hacía más de diez años que Philippe y Andrias, humanitarios comprometidos, trabajaban para MSF (más información sobre los impedimentos a nuestro trabajo en Somalia en las páginas 16 y 17).

Conflictos e inseguridad

En Costa de Marfil, el conflicto militar desatado tras las elecciones presidenciales ocasionó la huida de la población y el abandono de clínicas y hospitales. “Muchos de los centros de salud del oeste del país siguen sin estar operativos porque el personal sanitario no ha regresado y no

tienen medicamentos”, contaba el jefe de la misión de MSF, Xavier Simón. Prestamos atención médica en hospitales y clínicas fijas y móviles en la región occidental y en la ciudad más poblada del país, Abiyán. También atendimos a los refugiados marfileños en Liberia.

En República Democrática del Congo, donde la violencia y la inseguridad continuaron durante todo el año, atendimos a cientos de miles de personas que carecían de acceso a la asistencia sanitaria. La misma situación de inseguridad y deficiencias en el sistema de salud se vivió en el vecino Sudán del Sur, que proclamó su independencia en 2011. MSF trabajó en siete de los diez Estados del nuevo país.

Cuando estalló el conflicto de Libia, MSF reforzó los centros de salud de varias ciudades con servicios de cirugía y atención primaria y psicológica. Atendimos también a una parte de las miles de personas que huyeron a Italia y Túnez. Sin embargo, pasaron muchas semanas antes de que

pudiéramos trabajar a ambos lados del frente. En Pakistán y Afganistán MSF siguió asistiendo a la población que quedó atrapada por la violencia, centrándonos en urgencias médico-quirúrgicas y la atención materno-infantil.

Nuevos contextos

En Bahréin, pese a las restricciones, atendimos a unas 200 personas que temían salir de sus casas y denunciaron la detención de pacientes y trabajadores en hospitales y clínicas. También hicimos un llamamiento a las autoridades para que respetaran su obligación de asistir a enfermos y heridos.

El de Bahréin era un nuevo tipo de contexto para nosotros: una emergencia en un país de renta media, incluso rico, con un buen sistema de salud. Por ello, adaptamos nuestra respuesta para dispensar asistencia de emergencia a corto plazo y subsanar algunas carencias. En Egipto, MSF formó a los trabajadores del sistema sanitario en la preparación y respuesta a emergencias y donó suministros.



Desplazados somalíes aguardan la distribución de alimentos en Mogadiscio.

© Martina Bacigalupo



© Ben Milpas

Un herido de bala recibe tratamiento en el hospital de Dungu, República Democrática del Congo.

Respuesta a desastres naturales

En marzo, un terremoto seguido de un tsunami causó estragos en el noreste de Japón. De nuevo, MSF adaptó su respuesta. “La operación, con equipos móviles muy flexibles, responde a nuestra intención de cubrir algunas carencias”, señaló Eric Ouannes, director general de MSF Japón. Ayudamos a construir una clínica provisional, realizamos consultas médicas y ofrecimos atención psicológica.

En Latinoamérica, MSF atendió a los desplazados por inundaciones en Brasil, Guatemala y Honduras en clínicas móviles y donó material de ayuda. En el sureste asiático respondimos a un tifón en Filipinas y a las inundaciones en Tailandia. En Turquía ofrecimos ayuda de emergencia y atención psicológica tras los terremotos que asolaron la provincia de Van.

Necesidades olvidadas, crisis crónicas

Además de responder a múltiples emergencias, MSF prosiguió también su labor en países que sufren crisis crónicas.

En Haití y en Sudán del Sur damos respuesta a la urgente necesidad de atención médica especializada. Invertimos

en hospitales para mejorar el acceso a la atención quirúrgica y otros servicios indispensables de atención secundaria.

La atención primaria sigue siendo una de nuestras prioridades. En República Centroafricana damos apoyo a nueve hospitales y 36 centros de salud. Pero la financiación del sistema de salud del país por parte del Gobierno y de los donantes está decayendo, y ello a pesar de que en 2011 los estudios alertaron de que en la ciudad de Carnot, que no ha sufrido ninguna crisis destacada, la tasa de mortalidad es tres veces superior a la del umbral de emergencia.

Las altas tasas de mortalidad en República Centroafricana se deben a la elevada prevalencia de enfermedades prevenibles y tratables. De hecho, se está registrando en todo el mundo un aumento de las enfermedades infecciosas tratables más comunes, como el sarampión o el cólera. A pesar de ello, las estrategias de prevención y tratamiento apenas han variado en las últimas décadas. En 2011, MSF vacunó a más de cinco millones de personas contra el sarampión y trató a casi 139.000 por cólera. Nuestra respuesta no es suficiente: los tres

millones de vacunas contra el sarampión en República Democrática del Congo no evitaron que 129.000 personas enfermasen y 1.500 muriesen.

Estamos presionando para que se mejoren el sistema de prevención de las epidemias y las opciones de tratamiento con el fin de prestar una atención eficaz y de calidad.

Garantía de calidad

La calidad de nuestra atención médica es un reflejo del respeto que sentimos por nuestros pacientes, pero garantizarla no siempre es fácil.

En Paraguay nos vimos obligados a interrumpir la detección de casos del Chagas al suspenderse la producción del benznidazol, el medicamento con que se trata esta enfermedad. A pesar de que el Chagas afecta a unos 14 millones de personas y causa la muerte de unas 50.000 anualmente, solo una compañía brasileña produce el benznidazol. Las protestas internacionales forzaron a Brasil a reanudar la producción, aunque al finalizar el año seguía habiendo problemas de suministro.



Consulta quirúrgica en la clínica Ben Ashour de Trípoli, Libia.

El control de la calidad de los medicamentos se ha convertido en un problema porque los Gobiernos no dejan de levantar barreras a la importación y las autoridades sanitarias y otras organizaciones cuentan cada vez más con sus propios proveedores. Este riesgo nos afectó de lleno, pues descubrimos en una de nuestras clínicas que los antirretrovirales que habíamos comprado a uno de los distribuidores más acreditados de Kenia, país cuya regulación es de las más estrictas en África oriental, eran falsos. MSF introdujo un sistema para garantizar la calidad de los fármacos en 2002, pero es necesaria una mayor cooperación internacional entre todos, organizaciones médicas y Gobiernos, en este asunto.

Avances amenazados

Igualmente importante es la solidaridad sin precedentes que ha permitido mejorar el tratamiento de millones de pacientes de VIH, malaria y tuberculosis. Con la suficiente financiación, es posible detener la propagación de estas enfermedades. Pero precisamente ahora que el mundo está más cerca de ganar la lucha contra algunos de sus problemas de salud más graves,

menguan los fondos y se multiplican los obstáculos. Las disposiciones de la ley de patentes de India que permiten la producción de medicamentos genéricos asequibles, y que han convertido al país asiático en el proveedor del 80% de los antirretrovirales, se han llevado a los tribunales. Además, la UE negocia un acuerdo de libre comercio para proteger la propiedad intelectual a expensas de la salud pública.

La concesión de licencias voluntarias, otra alternativa para producir medicamentos adaptados y asequibles, no ha resultado ser el gran avance que se esperaba. Una farmacéutica se ha incorporado al Pool de Patentes de Medicamentos para el VIH/sida, pero todas las licencias concedidas para producir genéricos incluyen restricciones que impiden abaratar los precios todo lo que se podría (más información sobre el tratamiento del VIH en las páginas 22-24).

Cuarenta años de asistencia médica

En 2011 cerramos la misión más larga de nuestra historia, en Tailandia, por la imposibilidad de atender a los inmigrantes indocumentados más necesitados. Desde

1976, los proyectos de MSF en el país han alumbrado innovaciones y avances que han mejorado nuestra respuesta de emergencia en todo el mundo (ver páginas 18-21).

También en 2011 celebramos nuestro 40º aniversario. A lo largo de estas cuatro décadas, MSF ha crecido hasta sumar unas 30.000 personas que trabajan en más de 60 países. En la Asamblea General Internacional de diciembre, nuestro movimiento dio la bienvenida a las oficinas de Brasil y Suráfrica y las asociaciones de África Oriental y Latinoamérica. Esta expansión nos ha llevado a reformar nuestra gobernabilidad para mejorar la toma de decisiones.

Nuestro propósito es que MSF permanezca fiel a sus principios fundacionales y responda a las emergencias del siglo XXI. Nuestros valores de humanitarismo, independencia, neutralidad e imparcialidad, proclamados en 1971, siguen empujándonos a trabajar por lo que realmente importa: estar presentes en el terreno, llegar a los necesitados y ayudarles.

Gracias.



RESUMEN DE OPERACIONES

Mayores intervenciones por inversión en proyectos

1. República Democrática del Congo	6. Níger
2. Haití	7. Kenia
3. Sudán del Sur	8. Zimbabue
4. Somalia	9. Nigeria
5. Etiopía	10. Chad

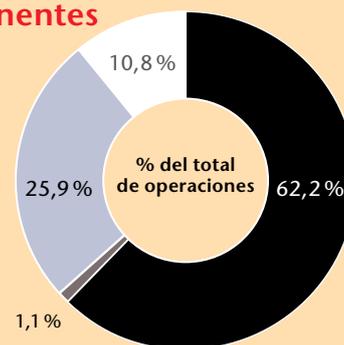
Estos países suman un total de 329 millones de euros, el **54%** del presupuesto operacional de MSF.

Proyectos por continentes

Nº de proyectos

■ África	271
■ Europa	5
■ Asia*	113
■ América	47

*Asia incluye Oriente Medio y el Cáucaso



Cifras de personal

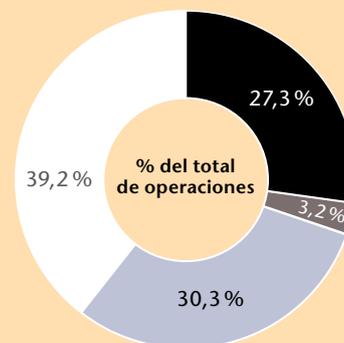
Mayores intervenciones por número de trabajadores de MSF en el terreno, medidos en FTE.

1. Haití	3.872
2. República Democrática del Congo	2.919
3. Sudán del Sur	2.169
4. Somalia	1.729
5. Níger	1.705

Contextos de intervención

Nº de proyectos

■ Conflicto armado	119
■ Posconflicto	14
■ Inestabilidad interna	132
■ Estable	171



Pacientes atendidos

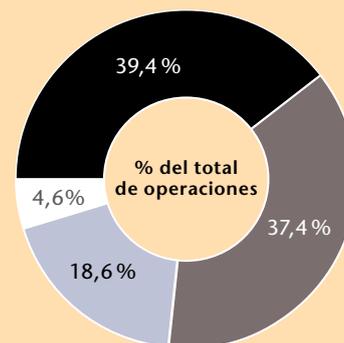
Mayores intervenciones por número de consultas externas. No incluye consultas de especialistas.

1. República Democrática del Congo	1.346.245
2. Myanmar	669.948
3. República Centroafricana	557.947
4. Somalia	551.321
5. Costa de Marfil	531.298

Causas de intervención

Nº de proyectos

■ Conflicto armado	172
■ Epidemia	163
■ Exclusión de la atención sanitaria	81
■ Catástrofe natural	20



Principales actividades

Este listado no ofrece un resumen completo de las actividades, sino que se limita a aquellas en las que el personal de MSF ha tenido acceso directo a los pacientes.

Actividad	Definición	Total
Consultas externas	Nº total de consultas externas	8.300.000
Hospitalizaciones	Nº total de pacientes ingresados	445.000
Malaria	Nº total de casos confirmados tratados	1.422.800
Centros de nutrición terapéutica (CNT)	Nº de niños con desnutrición severa tratados en CNT hospitalarios y ambulatorios	348.000
Centros de nutrición suplementaria (CNS)	Nº de niños con desnutrición moderada tratados en CNS	60.000
VIH	Nº total de pacientes de VIH inscritos y atendidos al final de 2011	228.700
Tratamiento antirretroviral (ARV) de primera línea	Nº total de pacientes en tratamiento ARV de primera línea al final de 2011	201.600
Tratamiento ARV de segunda línea	Nº total de pacientes en tratamiento ARV de segunda línea al final de 2011 (por fracaso de la primera línea)	3.200
Prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH)	Nº de embarazadas que recibieron tratamiento para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo	10.500
PTMH (hijos)	Nº de bebés nacidos en 2011 que recibieron tratamiento postexposición	10.100
Partos	Nº total de mujeres que dieron a luz, cesáreas incluidas	192.000
Intervenciones quirúrgicas	Nº total de intervenciones de cirugía mayor, cirugía obstétrica incluida, con anestesia general o espinal	73.100
Violencia directa	Nº total de intervenciones médicas y quirúrgicas por violencia directa	54.300
Violencia sexual	Nº total de pacientes de violencia sexual atendidos médicamente	14.900
Tuberculosis (TB) (primera línea)	Nº total de nuevos pacientes de TB que recibieron tratamiento de primera línea	30.700
TB (segunda línea)	Nº total de nuevos pacientes de TB que recibieron tratamiento de segunda línea	1.060
Salud mental (individual)	Nº total de consultas individuales	169.700
Salud mental (grupo)	Nº total de sesiones grupales de asesoramiento o apoyo psicológico	19.200
Cólera	Nº total de personas ingresadas en centros de tratamiento de cólera o tratadas con solución de rehidratación oral	130.800
Sarampión (vacunación)	Nº total de personas vacunadas contra el sarampión en respuesta a un brote epidémico	5.034.000
Sarampión (tratamiento)	Nº total de pacientes de sarampión tratados	126.500
Meningitis (vacunación)	Nº total de personas vacunadas contra la meningitis en respuesta a un brote epidémico	952.600
Meningitis (tratamiento)	Nº total de pacientes de meningitis tratados	5.900

GLOSARIO DE ENFERMEDADES Y ACTIVIDADES

Mal de Chagas

Esta enfermedad se encuentra casi exclusivamente en Latinoamérica, aunque con el aumento de los viajes y migraciones también hay casos en EE UU, Europa, Australia y Japón. El Chagas es una enfermedad parasitaria transmitida por la vinchuca, un insecto que vive en las grietas de paredes y techos de las viviendas de adobe y paja. También puede transmitirse vía transfusiones de sangre, de madres a hijos durante el embarazo y, en menor medida, por trasplantes de órganos. Hay quien tiene la enfermedad sin presentar síntomas durante años. Un 30% de los afectados desarrolla problemas crónicos que acortan la vida una media de 10 años. El fallo cardiaco es la principal causa de muerte en adultos.

El diagnóstico es complicado, ya que requiere de dos a tres análisis de sangre para saber si la persona está infectada. Sólo existen dos medicamentos para combatir el Chagas, el benznidazol y el nifurtimox, desarrollados hace más de 35 años. La tasa de curación es de casi el 100% en recién nacidos y durante la primera infancia, pero en niños mayores, adolescentes y adultos, el tratamiento sólo es efectivo en un 60 o 70% de los casos. Los tratamientos actuales pueden ser tóxicos y duran de uno a dos meses. A pesar de la evidente necesidad de medicamentos más efectivos y seguros, hay pocos fármacos en desarrollo.

MSF trató a 2.500 nuevos pacientes de Chagas en 2011.

Cólera

El cólera es una infección gastrointestinal aguda causada por la bacteria *Vibrio cholerae*. Se transmite por el agua o alimentos contaminados, puede propagarse rápidamente y provocar brotes de magnitud considerable. Aunque muchas personas sólo desarrollan una infección leve, el cólera puede causar diarrea acuosa profusa y vómitos que provocan una deshidratación

severa y la muerte. El tratamiento consiste en la restitución inmediata de fluidos y sales mediante una solución de rehidratación oral o intravenosa.

En cuanto estalla un brote, se aísla a los pacientes en centros de tratamiento para impedir la propagación de la enfermedad. Las medidas de prevención consisten en estrictas prácticas de higiene y abastecimiento de agua potable. El cólera es más frecuente en entornos densamente poblados con malas condiciones de salubridad y fuentes de agua contaminada.

MSF trató a 130.800 pacientes de cólera en 2011.

Promoción de la salud

Cuando MSF abre un proyecto, informa a la comunidad local de los servicios que ofrece y cómo pueden mejorar su salud. Una de las primeras tareas del equipo que monta una nueva clínica o proyecto es comunicar a la población cuándo y dónde estará disponible el personal de MSF y qué hacer.

Durante brotes graves de enfermedades o epidemias, MSF informa a las comunidades de cómo se transmite la enfermedad y cómo prevenirla, qué síntomas buscar cuando alguien enferma y qué hacer. Por ejemplo, si hay un brote de cólera, los equipos explican la importancia de seguir unas buenas prácticas de higiene, ya que esta enfermedad se transmite por el agua contaminada.

VIH/sida

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se transmite por la sangre y los fluidos corporales. Va debilitando el sistema inmunitario, generalmente en un periodo de 3 a 10 años, hasta causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida. Cuando las defensas se debilitan pueden aparecer infecciones oportunistas como la tuberculosis, la más frecuente y mortal.

Un análisis de sangre puede confirmar la presencia del virus, pero muchas personas viven con él durante años sin mostrar síntoma alguno y pueden no conocer su estado. Las combinaciones de medicamentos antirretrovirales (ARV) ayudan a combatir el virus, reducen la propagación de la enfermedad y permiten a los afectados vivir más y mejor sin que su sistema inmune se deteriore rápidamente. Además del tratamiento, los proyectos de VIH/sida de MSF suelen incluir actividades educativas y de sensibilización, distribución de preservativos, pruebas del VIH, asesoramiento y prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH), dando tratamiento ARV a la madre durante el embarazo y el parto, y al bebé justo después de nacer.

MSF atendió a 228.700 pacientes de VIH/sida y administró tratamiento antirretroviral a 205.000 en 2011.

Tripanosomiasis humana africana (enfermedad del sueño)

Esta infección parasitaria, transmitida por la mosca tsé-tsé, es propia de África subsahariana. Más del 90% de los casos los causa el *Trypanosoma brucei gambiense*, presente en África Central y Occidental. El parásito ataca el sistema nervioso central, produce graves trastornos neurológicos e incluso la muerte. El 10% de los casos restantes los causa el *Trypanosoma brucei rhodesiense*, que se encuentra en África Oriental y del Sur.

Durante la primera fase de la enfermedad, ésta es fácil de tratar pero difícil de diagnosticar, ya que los afectados presentan síntomas no específicos, como fiebre y debilidad. La segunda fase empieza cuando el parásito invade el sistema nervioso central y la persona empieza a mostrar síntomas neurológicos o psiquiátricos, como mala coordinación, confusión y trastornos



Un técnico de laboratorio realiza análisis de sangre en el proyecto de MSF en Abdurafi, Etiopía.

© Michael Tsegaye

del sueño. Un diagnóstico preciso de la enfermedad en esta fase exige una muestra de líquido cefalorraquídeo.

La terapia combinada nifurtimox-eflornitina (NECT por sus siglas en inglés), es el tratamiento recomendado a nivel internacional. La NECT es más segura que el melarsoprol, el medicamento que se utilizaba antes. Al ser un derivado del arsénico, el melarsoprol tiene muchos efectos secundarios e incluso puede causar la muerte.

MSF trató a 1.400 nuevos pacientes de la enfermedad del sueño en 2011.

Malaria

La malaria es transmitida por mosquitos infectados. Los síntomas son fiebre, dolores articulares, cefaleas, vómitos, convulsiones y coma. La forma más grave es la causada por el parásito *Plasmodium falciparum*, que daña los órganos y es mortal si no se trata. Las investigaciones sobre el terreno de MSF han ayudado a probar que la terapia combinada con artemisinina (TCA) es la más efectiva contra este tipo de malaria. En 2010 la Organización Mundial de la Salud cambió sus guías para recomendar el uso del artesunato, un derivado de la artemisinina, en el tratamiento de niños con malaria severa.

Las mosquiteras tratadas con insecticida de larga duración son un medio importante para controlar la malaria. En las regiones endémicas, MSF distribuye estas mosquiteras a mujeres embarazadas y niños menores de 5 años, los dos grupos más vulnerables a la malaria grave, y les explican cómo utilizarlas.

MSF trató a 1.422.800 pacientes de malaria en 2011.

Desnutrición

La desnutrición es una falta de nutrientes esenciales que afecta al crecimiento de los niños y aumenta su vulnerabilidad a las enfermedades. La edad crítica va de los 6 meses, cuando los bebés empiezan a tomar otros alimentos además de la leche materna, a los 2 años. Pero también son vulnerables los niños menores de 5 años, los adolescentes, las mujeres embarazadas o lactantes, los ancianos y los enfermos crónicos.

Cuando el organismo empieza a consumir sus propios tejidos para obtener nutrientes (consunción) se da la desnutrición aguda. Su forma severa se define por un peso muy bajo respecto a la altura de la persona o por una consunción severa visible. Más del 25% de los niños que sufren desnutrición severa mueren si no reciben tratamiento.

MSF trata la desnutrición con alimentos preparados ricos en nutrientes que contienen leche en polvo enriquecida y proveen todos los nutrientes que necesita un niño desnutrido para compensar sus deficiencias y ganar peso. Como tienen una larga caducidad y no requieren preparación previa, se pueden usar en todo tipo de entornos y permiten seguir el tratamiento en casa si no se sufren complicaciones graves. Allí donde la desnutrición puede llegar a ser severa, MSF distribuye de forma preventiva alimentos preparados suplementarios.

MSF ingresó a 348.000 pacientes en proyectos de nutrición en 2011.

Sarampión

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa y una de las principales causas de muerte en niños pequeños. Los síntomas, que aparecen de diez a catorce días tras la exposición al virus, son rinorrea, tos, infección ocular, sarpullido y fiebre alta. No existe un tratamiento específico, sino que se aísla a los pacientes y se les trata por falta de vitamina A, complicaciones oculares, estomatitis (una infección vírica bucal), deshidratación, deficiencias proteicas e infecciones del tracto respiratorio.

La mayoría de los afectados se recupera en dos o tres semanas, pero entre el 5 y el 20% muere, normalmente por diarrea, deshidratación, encefalitis (inflamación del cerebro) o infecciones respiratorias.

Existe una vacuna segura y económica contra el sarampión. Las campañas de vacunación a gran escala han reducido drásticamente el número de casos y muertes, pero la cobertura sigue siendo baja en países con un sistema sanitario débil o cuya población tiene un acceso limitado a los servicios de salud, por lo que siguen produciéndose brotes de gran magnitud.

MSF trató a 126.500 pacientes de sarampión y vacunó a más de cinco millones de personas en 2011.

Meningitis

La meningitis meningocócica es una infección de las meninges, las finas membranas que recubren el cerebro y la médula espinal. Puede causar intensos y repentinos dolores de cabeza, fiebre, náuseas, vómitos, fotosensibilidad y rigidez de nuca. La muerte puede sobrevenir a las pocas horas de la aparición de los síntomas.

Cinco cepas de la bacteria *Neisseria meningitidis* (A, B, C, W135 y X) causan la epidemia. Se puede ser portador sin presentar síntomas y propagar la enfermedad al toser o estornudar. Un diagnóstico adecuado requiere el examen de una muestra de líquido cefalorraquídeo. La enfermedad se puede tratar con varios antibióticos, pero incluso con el tratamiento adecuado muere del 5 al 10% de los afectados, y uno de cada cinco supervivientes puede sufrir secuelas que van desde pérdidas de audición a problemas de aprendizaje.

La meningitis se da esporádicamente en todo el mundo, pero la mayoría de casos y de muertes se produce en África, sobre todo en la franja que va de Este a Oeste, desde Senegal a Etiopía, conocida como el cinturón de la meningitis, donde la más común es la de tipo A. Una nueva vacuna contra esta cepa protege durante 10 años e impide que los portadores sanos transmitan la enfermedad. Con esta larga protección, se podrían hacer campañas de vacunación preventiva que mejorarían la calidad de vida de millones de personas en las zonas endémicas.

MSF trató a 5.900 pacientes de meningitis y vacunó a 952.600 personas en 2011.

Salud mental

Los acontecimientos traumáticos, desde sufrir o presenciar violencia hasta la muerte de seres queridos o la destrucción de los medios de vida, pueden generar miedo y horror intensos, afectando al bienestar mental de las personas. MSF ofrece ayuda psicológica temprana para intentar reducir la aparición de problemas mentales a largo plazo.

La atención psicosocial se centra en dar apoyo a una comunidad para que cree sus propias estrategias de adaptación tras una experiencia traumática. Los asesores de MSF ayudan a los grupos a hablar de sus vivencias y a procesar sus sentimientos con el fin de reducir los niveles de estrés general. Este enfoque fomenta el apoyo mutuo, permite a la comunidad reconstruirse según sus propias creencias culturales y se complementa con asesoramiento y atención psiquiátrica individual a las personas que lo necesitan.

MSF realizó 189.000 sesiones de apoyo psicológico individual y grupal en 2011.

Distribución de artículos de ayuda

El foco principal de MSF es la atención médica, pero en emergencias nuestros equipos suelen distribuir artículos que ayudan a la supervivencia psicológica y física, como ropa, mantas, materiales para cobijo, limpieza e higiene, utensilios de cocina y combustible. En muchas emergencias, los artículos de ayuda se distribuyen en kits. Los de cocina contienen un hornillo, ollas, platos, vasos, cubiertos y un bidón para almacenar agua; los de higiene, jabón, champú, cepillos de dientes, dentífrico y detergente para que puedan asearse y lavar su ropa.

Los refugios protegen contra los elementos y proporcionan seguridad. Cuando los materiales no están disponibles localmente, MSF distribuye material de emergencia – cuerdas y lonas de plástico o tiendas – para que cada familia tenga un techo. Se asigna un mínimo de 3,5 m² por persona y una distancia de dos metros entre los refugios para prevenir incendios. En lugares de clima frío, nuestros equipos reparten tiendas más gruesas o buscan estructuras más permanentes.

MSF distribuyó 225.500 kits de ayuda en 2011.

Salud reproductiva

La atención obstétrica de urgencia y neonatal forma parte de la respuesta de emergencia de MSF, y muchos de sus proyectos a más largo plazo ofrecen

servicios más amplios. Los equipos asisten partos y realizan cesáreas. También ofrecen atención perinatal a bebés enfermos y nacidos con poco peso.

Se recomienda la realización de varias visitas prenatales para cubrir las necesidades médicas durante el embarazo y prevenir posibles complicaciones en el parto. Dentro de los servicios de atención postnatal, MSF ofrece asesoramiento de planificación familiar, e información y educación sobre infecciones de transmisión sexual.

Se estima que hay unos dos millones de mujeres con fístulas obstétricas, unas heridas en el canal de parto que causan incontinencia y, en ocasiones, estigma social. Suelen ser debidas a partos largos y difíciles, y pueden prevenirse con una buena atención prenatal y obstétrica. También se pueden operar. En 2010, cirujanos especialistas de MSF operaron a unas 1.000 mujeres con este problema.

MSF realizó 821.800 consultas prenatales en 2011.

Violencia sexual

MSF ofrece atención y tratamiento para prevenir el desarrollo de infecciones de transmisión sexual, así como apoyo psicológico, social y legal a víctimas de violencia sexual. Equipos especializados de MSF atienden a estas personas en entornos donde la incidencia de abusos y violaciones es mayor, como zonas de conflicto o campos de refugiados o desplazados. También trabajan con las comunidades para aumentar la conciencia pública sobre este problema, informan de los servicios de MSF y promueven el apoyo social y legal.

MSF trató a 14.900 pacientes con lesiones relacionadas con la violencia sexual en 2011.

Tuberculosis

Un tercio de la población mundial está infectada con bacilos de la tuberculosis (TB). Todos los años, nueve millones de personas desarrollan la enfermedad y cerca de dos millones mueren. El 95% de ellas viven en países de renta baja.

La TB afecta principalmente a los pulmones y se propaga por el aire, al toser o estornudar. Los síntomas son tos persistente, pérdida de peso, dolor de pecho y falta de aliento. No todo el mundo enferma, pero el 10% desarrolla la TB activa en algún momento de su vida. Su incidencia es mucho mayor entre personas con VIH, para quienes es la primera causa de muerte.

Los medicamentos para tratar la TB se desarrollaron en los años cincuenta. Su tratamiento dura normalmente seis meses. Se diagnostica TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB) cuando aparecen resistencias a los dos antibióticos de primera

línea más potentes. La MDR-TB se puede tratar, pero la medicación tiene muchos efectos secundarios y dura hasta dos años. Cuando además aparecen resistencias a los antibióticos de segunda línea, se trata de TB extremadamente resistente a los medicamentos (XDR-TB), cuyas opciones de tratamiento son muy limitadas.

MSF trató a 30.700 pacientes de TB y a 1.060 de MDR-TB en 2011.

Vacunaciones

El uso de la inmunización para prevenir enfermedades infecciosas es una de las intervenciones médicas más económicas en salud pública. Aun así, se calcula que unos dos millones de personas mueren al año por enfermedades prevenibles si se vacuna a todos los niños según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud: DTP (difteria, tétanos y pertusis), hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), BCG (tuberculosis), virus del papiloma humano, sarampión, poliomielitis y rotavirus.

En los países donde la cobertura vacunal es generalmente baja, MSF intenta llevar a cabo vacunaciones rutinarias de los niños menores de 5 años como parte de su programa de atención básica. La inmunización también es parte esencial de la respuesta de MSF a brotes de sarampión, fiebre amarilla y meningitis. Los equipos suelen participar en campañas de vacunación a gran escala, informan a las poblaciones de las ventajas de la inmunización y montan puestos de vacunación cercanos a lugares de encuentro de las comunidades. Las campañas duran de dos a tres semanas y pueden alcanzar a cientos de miles de personas.

Leishmaniasis visceral (kala azar)

Poco conocida en el mundo desarrollado, la leishmaniasis visceral o el kala azar (fiebre negra en hindi) es una infección parasitaria tropical transmitida por la mosca de arena y es endémica en 62 países. El 90% de los 500.000 casos anuales estimados se da en Bangladesh, India, Nepal, Sudán y Brasil. Los síntomas son fiebre, pérdida de peso, distensión de bazo e hígado, anemia y deficiencias del sistema inmunitario. Sin tratamiento, casi todos los pacientes mueren.

Existen pruebas rápidas de diagnóstico, pero la prueba de confirmación (análisis microscópico de muestras extraídas del bazo, la médula ósea o los nodos linfáticos) es invasiva y requiere recursos que no son fáciles de encontrar en algunos países. Normalmente se trata con antimoniales pentavalentes. Aunque varios estudios

han demostrado la eficacia y seguridad de la anfotericina B liposomal en el subcontinente indio, las alternativas actuales de tratamiento son caras y presentan limitaciones importantes. Con las terapias combinadas en estudio se espera evitar que el parásito desarrolle resistencias al tratamiento, optimizar su seguridad y eficacia, y reducir los costes y el tiempo de hospitalización de los pacientes.

La coinfección de kala azar y VIH es un reto de la máxima importancia. Ambas enfermedades se apoyan entre sí, atacando y debilitando el sistema inmunológico en un círculo vicioso en el que una hace que la otra sea más debilitante. De este modo, el tratamiento pierde efectividad.

MSF trató a 7.600 nuevos pacientes de kala azar en 2011.

Agua y saneamiento

El agua potable y unas buenas condiciones de salubridad son esenciales para las actividades médicas. Todas las instalaciones sanitarias donde trabaja MSF cuentan con suministro de agua potable y un sistema de gestión de residuos.

En emergencias, los equipos colaboran en el suministro de agua limpia y la instalación de servicios de saneamiento para los desplazados por desastres naturales o conflictos armados. El agua potable y la eliminación de residuos son prioritarios. Se construyen letrinas y, allí donde no hay fuentes cercanas de agua potable, MSF la transporta en camiones cisterna. También informa para promover el uso de las instalaciones de saneamiento y garantizar unas buenas prácticas de higiene.

MSF distribuyó más de 96 millones de litros de agua potable en 2011.



Un trabajador sanitario prepara una inyección para tratar la TB resistente a los medicamentos.

¿ACCIÓN HUMANITARIA A CUALQUIER PRECIO?

Entre 2004 y 2011 trece trabajadores de MSF fueron asesinados en Afganistán, República Centroafricana, Pakistán y Somalia mientras desempeñaban su labor.

En 2008 y 2009 varias secciones de MSF tuvieron que abandonar Níger y el norte de Sudán porque las autoridades suspendieron sus actividades o emitieron una orden de expulsión. En 2009 MSF firmó, bajo amenaza de expulsión de Sri Lanka, un memorando de entendimiento por el que se comprometía a permanecer en silencio en un intento, finalmente frustrado, de acceder a las zonas de combate. Un año después, para mantener sus actividades en Yemen, MSF se retractó públicamente de unas declaraciones que el Gobierno del país consideró inexactas e insultantes.

Desde la década de 1990, el resurgimiento del intervencionismo militar occidental, el desarrollo de la justicia penal internacional y la supeditación de la ayuda a la agenda política en Naciones Unidas han contribuido a difuminar la línea que separa lo militar y político de lo humanitario. En los últimos años, MSF no ha dejado de denunciar el daño ocasionado por esta confusión interesada.

Lo cierto es que la acción humanitaria se encuentra en un limbo. No existe una definición de "espacio humanitario" que establezca claramente sus dimensiones legal y moral. De haberla, sería reconocida y respetada universalmente, y ello permitiría a las organizaciones llevar a cabo su trabajo sin problemas. Pero lo que sí hay es margen para la negociación.

Un espacio humanitario propio

Desde la imparcialidad, MSF trata de asistir a las víctimas de conflictos o catástrofes naturales, responder a las necesidades de salud pública no cubiertas y atender a las personas excluidas del sistema sanitario. En muchos casos, no busca más que aliviar el sufrimiento tolerado, cuando no impuesto, por el orden establecido.

Las aspiraciones de MSF tropiezan, por tanto, con muchos intereses, ya sea un grupo armado que se sirve de la ayuda humanitaria para legitimarse, países que tratan de aislar a

un régimen o fuerzas que no hacen distinción alguna entre civiles y combatientes. También cuando a un Gobierno le preocupan más las consecuencias políticas de una epidemia que sus efectos en la salud pública, o pretende que los trabajadores sanitarios le ayuden a gestionar un sistema discriminatorio.

El espacio para la acción humanitaria se debe construir negociando una y otra vez con los actores políticos y militares tanto locales como internacionales. Su alcance dependerá en gran medida de los objetivos de cada organización, el apoyo diplomático y político que obtenga y el interés que despierten sus actividades en quienes ejercen el poder.

¿Una solución aceptable?

Este reconocimiento de que la ayuda humanitaria solo es posible cuando coincide con los intereses del poder político no implica una cesión por parte de MSF. ¿Cómo puede evitar esa renuncia y garantizar que sus negociaciones culminan en un acuerdo aceptable? ¿Con qué criterios estimamos si lo es o no?

Sabemos por experiencia que se puede negociar todo, desde la seguridad del



MSF trata a unos 23.000 pacientes de VIH en Myanmar.



Negociaciones en Angola, 1999.

© H.J. Burkard

personal hasta las actividades, la calidad de la asistencia o el control de los recursos. Es precisamente esa experiencia la que nos puede ayudar a encontrar la forma de alcanzar una solución de compromiso aceptable.

Que MSF juzgue por sí misma

Uno de los objetivos clave de MSF es mantenerse a distancia de “esa línea borrosa, pero muy real, más allá de la cual la asistencia a las víctimas se transforma imperceptiblemente en un apoyo a sus verdugos”.¹

Pero esa línea siempre es difusa. En Sri Lanka MSF fue testigo impotente de la brutal ofensiva del Gobierno contra la rebelión tamil, durante la cual murieron decenas de miles de personas utilizadas como escudos humanos por los insurgentes. La organización intentó desesperadamente acceder a los atrapados por los combates, pero cuando por fin recibió la autorización del Gobierno para instalar un hospital fuera de los campos donde este había ubicado a los supervivientes, era difícil saber si se trataba de la decisión correcta. Su personal apenas tenía una idea aproximada de la situación sanitaria de los desplazados, ya que el Gobierno no había permitido a las ONG independientes realizar estudios epidemiológicos. Por otro lado, ¿cómo iban a estar seguros de que trataban a las personas que más lo necesitaban si no podían controlar quiénes llegaban de los campos o de otro sitio? Estas y muchas otras dudas legítimas cobraron todo su sentido cuando, al final, MSF se convirtió de hecho en soporte del sistema sanitario del régimen.

En Myanmar MSF también aceptó limitaciones sobre dónde podía trabajar, el acceso de su personal internacional a los pacientes y su libertad de expresión. Pero obtuvo resultados. Su proyecto de VIH ha salvado la vida a más de 23.000 personas.

MSF debe juzgar por sí misma, así como justificar las soluciones de compromiso que adopte. Estas decisiones se han de basar en sus principios y en una ética de la acción fundamentada en la eficiencia médica y su rechazo a ser cómplice de las políticas de dominación. Si en un contexto determinado MSF no puede “reducir el número de muertes, el sufrimiento y la frecuencia de discapacidades entre personas por lo general mal atendidas por los sistemas de salud pública”,² todo acuerdo al que llegue no será ni justificable ni aceptable.

Sentido de la oportunidad

Lo importante no es lograr la plena libertad de acción (después de todo, MSF solo la tiene en circunstancias puntuales y excepcionales) sino elegir alianzas según sus objetivos, sin preocuparse por ser leal a ningún grupo o facción. En este sentido, MSF es un socio infiel y poco fiable, actitud más que justificada por su necesidad de identificar y aprovechar las oportunidades propicias que surjan en el espacio político.

En 2004 MSF abandonó Afganistán tras el asesinato de cinco compañeros, tragedia que ponía de manifiesto de la manera más cruel que, pese a llevar veinte años en el país, la organización ya no podía garantizar el respeto a una excepción humanitaria como la suya. El

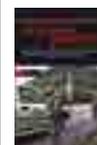
contexto había cambiado y las diferencias de MSF con la agenda de los principales partidos políticos, facciones militares y organizaciones de ayuda presentes eran cada vez mayores.

Pero cinco años después regresó. La situación estaba igual de polarizada y, desde luego, era mucho más violenta. Lo que empujó a MSF a volver fue que las partes enfrentadas empezaron a ver las actividades médicas en las zonas de conflicto como una manera de dar fuerza, en mayor o menor grado, a sus pretensiones de legitimidad. En definitiva, MSF jugó con ese cambio de percepción y demostró que su asistencia médica podía ser del interés de todas las partes.

En definitiva, en lugar de intentar calibrar el alcance de un espacio humanitario imaginado, tal vez lo más conveniente sea que las organizaciones entablen negociaciones con todos los actores y valoren las oportunidades y riesgos en cada momento.

¹ Rony Brauman, *Informe del presidente*, MSF Francia, 1987.

² Jean-Hervé Bradol, “Caring for Health”, en *Humanitarian Negotiations Revealed*, p. 216.



¿A cualquier precio? Negociaciones humanitarias al descubierto: La experiencia de Médicos Sin Fronteras. Editorial Icaria, 2012.

SOMALIA

SITUACIÓN EXTREMA

Desesperada, caótica, deprimente, un desastre... Por si fueran pocos los calificativos negativos con que se describe la situación en Somalia, ahora se habla de la "fatiga de los donantes": la gente está cansada y empieza a perder interés. Pero los somalíes necesitan que el mundo siga prestándoles atención, ya que muchísimos de ellos viven despojados de su dignidad humana.



Es tal la inseguridad en Somalia que MSF ha contratado a guardias armados.

En el centro y sur de Somalia, las balas y bombas hieren a civiles y combatientes por igual. La guerra ha expulsado de sus hogares a cientos de miles de personas y la desnutrición está fuera de control por la sequía y los desplazamientos. Además, enfermedades tan fácilmente curables como el sarampión quedan sin tratar por la ausencia de cualquier tipo de atención sanitaria.

¿Cómo ha llegado Somalia a esta situación? Las razones son complejas y controvertidas. Se suele citar el clima, sobre todo en 2011, cuando la fuerte sequía ocasionó miles de muertos, pero aunque sí influyó, no fue la causa principal de la emergencia. De lo contrario, las tasas de desnutrición y mortalidad habrían sido similares en toda la

región, también afectada por la escasez de lluvias. Pero no fue así.

Veinte años de conflicto

Lo que diferencia realmente al centro y sur de Somalia son los veinte años de guerra civil fragmentada entre varias facciones, en la que no solo los somalíes, sino también actores externos han tratado de mediar en la situación.

Una simple campaña de vacunación contra el sarampión, el tétanos o la difteria es algo excepcional, pues choca con la inseguridad o las autoridades locales, hostiles a estas intervenciones por motivos culturales o ideológicos. Muchos de los niños que murieron en los centros nutricionales de MSF en Mogadiscio tenían sarampión.

El estado de guerra permanente ha fomentado una cultura de impunidad y anarquía. El secuestro y la piratería se han convertido en un negocio del que no se han salvado ni los trabajadores humanitarios. Al cierre de esta edición, dos compañeras seguían cautivas tras ser secuestradas en octubre de 2011 en el campo de refugiados de Dadaab, cerca de la frontera de Kenia con Somalia. En diciembre, un ex empleado asesinó a tiros a dos compañeros en nuestro complejo en Mogadiscio.

Entre la espada y la pared

A pesar de estos obstáculos, MSF es una de las pocas organizaciones que han podido trabajar de forma continuada en distintos puntos de Somalia a lo largo de los últimos veinte años. Además, creemos que nuestra asistencia a la población ha sido valiosa. Pero, ¿a qué precio?

La seguridad operacional en Somalia, sobre todo en Mogadiscio, es un encaje de bolillos que requiere hacer juegos malabares con la distribución de beneficios y recursos típica de toda intervención, desde salarios al alquiler de vehículos o la provisión local de suministros, entre todos los clanes y actores políticos, militares y empresariales. Además de esta delicada gestión de los estamentos de poder locales, hay que tener en cuenta que Mogadiscio es el centro de un conflicto más amplio en Somalia en el que están involucradas otras fuerzas. Esta situación exige mantener la comunicación con todas las partes beligerantes, pues se debe garantizar que los centros de salud quedan al margen de sus estrategias militares.

La negociación, comunicación y equilibrio en la distribución de los recursos no solo son factores clave para la seguridad, sino tan importantes como la protección armada, esa imagen característica de la seguridad en Somalia.

Simplificaciones peligrosas

Aunque la crisis médica en Somalia y la consiguiente respuesta de emergencia no se producen en un vacío político, el retrato que se hace del país arrastra dos simplificaciones peligrosas: la primera es que Al Shabab es

la única culpable del conflicto y la crisis humanitaria; la segunda, que solo se puede responder a la crisis en las zonas controladas por la Misión de la Unión Africana en Somalia (AMISOM), los ejércitos etíope o keniano o el Gobierno Federal de Transición y las fuerzas que lo apoyan.

En un entorno tan complejo e inestable, lo que menos necesitan las organizaciones humanitarias es que se insinúe que trabajan para los políticos. Si la ayuda humanitaria se ve como una parte de la agenda política de cualquiera de los bandos, el arduo esfuerzo para alcanzar un acuerdo sobre la seguridad habrá sido en balde. De hecho, muchas de las iniciativas de cooperación en Somalia se ven limitadas porque algunos de los Estados involucrados en el conflicto han logrado proyectar la idea de que la ayuda humanitaria forma parte de su política militar.

Si las organizaciones humanitarias son percibidas como “socio necesario” de alguna de las partes enfrentadas en los conflictos, o de sus patrocinadores, se pone en grave peligro la continuidad de los

programas de ayuda. Y serán los somalíes quienes paguen por ello.

Decisiones complejas

MSF no decidió ampliar sus proyectos de ayuda de emergencia hasta que visitó Mogadiscio en julio de 2011. Desde la distancia, la ampliación de las operaciones y, por tanto, el riesgo de ser percibidos como un aliado de AMISOM y el GFT por la creación de un “refugio seguro” para los somalíes desplazados, se veía un riesgo político demasiado grande. Además, trabajaban en el país un gran número de organizaciones humanitarias, lo que nos parecía suficiente para cubrir las necesidades de la población. Sin embargo, una vez en la ciudad, nuestro equipo comprobó que las condiciones de vida y sanitarias de los recién llegados eran tan deplorables que sus necesidades pesaron más que el riesgo político.

A mediados de 2011 la situación de Somalia fue el foco de la atención internacional, pero desde entonces la necesidad de ayuda humanitaria no ha desaparecido. Todo lo contrario, en Mogadiscio y gran parte del

país la población sufre una de las peores crisis humanitarias del mundo.

Aún nos quedan muchas decisiones complejas por delante. Hemos dado nuestro último y triste adiós a dos de nuestros trabajadores y seguimos en vilo por nuestras dos compañeras retenidas contra su voluntad. Somalia es un país en el que tenemos que tomar decisiones extremas para poder ayudar a quienes viven en una situación de extrema necesidad.

MSF trabajó en once regiones de Somalia en 2011. En muchos lugares, la única atención especializada disponible era la de nuestros proyectos hospitalarios. Atendimos casos de desnutrición, sarampión y cólera y tratamos a 864.000 pacientes, casi el doble que el año anterior. Más información sobre las actividades en Somalia en 2011 en las páginas 92-93.



TAILANDIA

MSF CIERRA SU MISIÓN MÁS LARGA



Personal médico atiende a refugiados camboyanos en el campo de Sakeo, noviembre de 1979.

1976: aún en mantillas, MSF ayuda a los refugiados camboyanos.

En octubre de 1976, un equipo médico de MSF llegó a los campos de refugiados en la frontera con Camboya. Miles de camboyanos buscaron allí refugio después de que las fuerzas comunistas de los Jemeres Rojos tomaran el poder a mediados de 1975. De nuevo, tres años más tarde, decenas de miles de camboyanos necesitados de asistencia cruzaron a Tailandia huyendo del hambre y del avance del ejército vietnamita.

En Tailandia MSF desarrolló nuevas técnicas e ideas en la ayuda de emergencia. Fue en los campos de refugiados del noreste del país donde diseñamos nuestros primeros kits de emergencia y hospitales móviles.



Más de 35.000 refugiados siguen viviendo en el campo de Mae Lang, cerca de la ciudad fronteriza de Mae Sot.

MSF colabora en el desarrollo de un nuevo tratamiento de la malaria.

En 1984, los combates entre el ejército de Birmania y el Ejército de Liberación Karen obligaron a unos diez mil karen a huir a Tailandia. MSF puso en marcha un proyecto de asistencia en los campos fronterizos que acabaría durando veinte años. En Mae Sot, la colaboración de MSF con la Unidad Shoklo de Investigación sobre la Malaria, de la Universidad Mahidol de Bangkok, logró un avance crucial en la lucha contra la enfermedad: la terapia combinada con artemisinina, que erradicó casi por completo la malaria de los campos.



© Stefan Plegier

Una médico examina a una paciente de VIH que recibe el tratamiento ARV, provincia de Surin, 2004.

En 2000, MSF empieza a tratar con antirretrovirales (ARV) a pacientes de VIH.

A finales de 2000, cuando apenas estaba disponible el tratamiento ARV en los hospitales públicos tailandeses, MSF empezó a administrarlo. Al año siguiente, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, iniciamos varios proyectos de VIH e introdujimos los ARV en el campo de refugiados de Mae La. También apoyamos a la sociedad civil tailandesa en sus contenciosos con las farmacéuticas por las patentes, así como en las campañas para la producción local de ARV genéricos. El abaratamiento de los genéricos permitió ampliar el programa nacional de ARV a miles de pacientes, con lo que pudimos centrarnos en los grupos de alto riesgo que seguían excluidos del tratamiento, como drogodependientes y trabajadores sexuales. MSF también desarrolló con éxito un modelo de atención en las cárceles de Bangkok.

Los proyectos de tratamiento de la tuberculosis (TB) para inmigrantes y refugiados muestran la viabilidad de una política más inclusiva.

En 1985, un equipo de MSF empezó a dispensar el tratamiento de la TB a los refugiados del campo de Mae La. Después pusimos en marcha un proyecto de TB para trabajadores inmigrantes y una clínica del tórax en Mae Sot en 1999, seguida de un proyecto piloto de tratamiento transfronterizo. Estos proyectos ayudaron a cambiar la política internacional sobre la TB.



© Espen Rasmussen

Un paciente de TB recibe atención en el campo de refugiados de Mae La, 2007.



© Michael Heine

Más de la mitad de los inmigrantes de Myanmar en Tailandia no están reconocidos oficialmente. Muchos trabajan como pescadores.

MSF amplía los servicios de salud a los trabajadores inmigrantes.

Tras el tsunami de 2004, miles de inmigrantes llegaron a Tailandia en busca de empleo en la construcción y otros sectores. Sin documentación, los inmigrantes apenas tienen acceso a la atención sanitaria en Tailandia y el miedo y la pobreza les impiden buscarla. El proyecto de MSF en la provincia sureña de Phang Nga ofreció atención primaria y tratamiento del VIH y la TB. Al mismo tiempo, presionamos al Ministerio de Sanidad para que facilitara atención médica a todos los trabajadores.



© Greg Constantine

Niños en la clínica de MSF en el campo de refugiados de Huay Nam Khao, provincia de Phetchabun, 2007.

Refugiados hmong: excluidos de la atención sanitaria y bajo amenaza de repatriación forzosa.

Entre 2005 y mayo de 2009, MSF era la única ONG que proporcionaba atención médica y agua y saneamiento en el campo de Phetchabun, en el norte de Tailandia, donde vivían refugiados hmong de Laos. Denunciamos repetidamente la política de repatriación forzosa de Tailandia y Laos y apelamos a la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, para que ayudara a garantizar la seguridad de los refugiados a su regreso a Laos. En mayo de 2009 abandonamos Phetchabun en protesta por las restricciones al proyecto y al acceso a los pacientes impuestas por el ejército tailandés.



© Veronique Terrasse

Un trabajador sanitario atiende una consulta en el Estado de Mon, Myanmar, 2008.

Formación y suministro de fármacos a equipos médicos que trabajan en Myanmar.

Muchos habitantes del Estado semiautónomo de Mon, en Myanmar, apenas tienen acceso a los servicios de salud. Desde su base tailandesa de Sangkhla Buri, MSF formó en malaria y dio medicamentos a trabajadores sanitarios mon que después viajaron a aldeas remotas en Myanmar para ofrecer atención primaria y diagnóstico y tratamiento de la malaria. A partir de esta experiencia, un equipo de MSF en Mae Hong Son formó a mochileros para que llevaran a cabo actividades similares en la zona fronteriza.

2011: MSF abandona Tailandia después de atender a las víctimas de las inundaciones.

En diciembre de 2011, MSF puso fin a 35 años de asistencia médica en Tailandia. El Gobierno nos denegó la autorización oficial para trabajar en el país, por lo que nos vimos obligados a cerrar los proyectos de atención a inmigrantes indocumentados en el Paso de las Tres Pagodas y Sakhon Samut, así como a suspender nuestras actividades con los mochileros que trabajaban en la zona fronteriza con Myanmar. Aun así, tras las graves inundaciones de octubre y noviembre, un equipo médico de MSF distribuyó ayuda de emergencia y realizó consultas médicas.



© Veronique Terrasse / MSF

MSF atiende a los afectados por las inundaciones de 2011 en el centro de Tailandia.

VIH: AMPLIAR EL TRATAMIENTO ES PREVENIR

En 2000, cuando muy pocos pacientes de VIH de los países en desarrollo tenían acceso al tratamiento antirretroviral, MSF empezó a administrarlo a grupos reducidos en Tailandia, Suráfrica y Camerún. Los escépticos decían que era una política inviable porque los antirretrovirales eran demasiado caros y los débiles sistemas de salud no darían abasto.



Charles Sako, de Nairobi (Kenia), muestra una foto suya de 2005, cuando empezó el tratamiento antirretroviral.

Hoy MSF ofrece antirretrovirales (ARV) a 220.000 personas en 23 países. En total, ocho millones de pacientes de VIH de países en desarrollo están en tratamiento. Aunque es menos de la mitad de los que lo necesitan, la cifra ilustra los enormes progresos logrados en la última década.

Durante estos años, MSF ha mejorado la atención a un mayor número de personas. El acceso temprano de los pacientes al tratamiento, antes de que enfermen, ayuda a mantenerlos sanos durante más tiempo. Los medicamentos con menos efectos secundarios facilitan la adherencia al tratamiento, y si este se confía a los enfermeros de las clínicas, no solo se acerca la atención a los pacientes, sino que se ayuda a paliar el problema de la escasez de personal médico. Además se pone freno a la doble epidemia de VIH y tuberculosis (TB) si el mismo trabajador sanitario atiende a los pacientes coinfectados en un único centro.

Otros dos avances han sido fundamentales para ampliar el tratamiento: el abaratamiento de los medicamentos y el aumento de la financiación. Pero ambos están amenazados.

Nuevas barreras

Desde el año 2000, el coste del tratamiento del VIH se ha reducido cerca de un 99%, lo que ha sido posible gracias a la competencia entre los fabricantes de genéricos, principalmente en India, donde la ausencia de patentes permitía la producción de versiones más asequibles de los medicamentos patentados.

Pero un cambio en las normas internacionales del comercio ha obligado a India a conceder patentes, lo que dibuja una perspectiva cada vez más sombría para la producción de versiones baratas de los nuevos medicamentos para el VIH, que muchos pacientes necesitarán cuando avance su enfermedad.

MSF seguirá apoyando los esfuerzos para mantener abierta la puerta a la producción de genéricos, sobre todo en India, pues son imprescindibles para contener el coste del tratamiento.

El tratamiento del VIH afronta también importantes obstáculos en el área de la financiación. Ya antes de la crisis económica mundial, los donantes empezaron a dar la espalda a la salud mundial. A finales de 2011, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, creado nueve años antes, tuvo que cancelar por primera vez una ronda de financiación. Aunque el Fondo ha anunciado que vuelve a estar operativo, su crisis se enmarca en una tendencia generalizada de recortes en materia de salud. Para hacer retroceder la epidemia será necesaria una financiación mucho más sostenida.

Una oportunidad única

Aunque los problemas se multiplican, la oportunidad abierta en estos momentos en la lucha contra el VIH/sida no podría ser más alentadora.

En 2011, la comunidad científica confirmó lo que desde hace tiempo intuyen las personas que viven con el VIH: el inicio temprano del tratamiento reduce en un 96% las probabilidades de transmitir el virus. Este anuncio ha cambiado el discurso en

torno al VIH/sida al cerrar de un plumazo el debate sobre si es más eficaz luchar contra la epidemia mediante el tratamiento o la prevención. El tratamiento es en sí una forma de prevención.

MSF investiga en varios de sus proyectos cómo sacar partido a los recientes hallazgos científicos. En Suráfrica ensayamos un modelo innovador, consistente en ampliar el tratamiento no solo para salvar más vidas, sino también para reducir el número de nuevas infecciones en la comunidad. Con el proyecto piloto en el distrito de Uthungulu, en KwaZulu-Natal, la provincia más afectada por la epidemia, queremos demostrar la viabilidad de la ampliación de las pruebas del VIH, el inicio del tratamiento en una fase más temprana y una mayor adopción de métodos preventivos. El objetivo es reducir los casos de coinfección VIH-TB y el número de nuevos contagios del VIH.

Los responsables políticos han reparado en esta oportunidad para prevenir nuevas infecciones. En junio de 2001, todos los Gobiernos se comprometieron en Naciones Unidas a ampliar el tratamiento a 15 millones de personas en 2015, es decir, doblar prácticamente la cifra actual, pero lo cierto es que han incumplido sus compromisos financieros.

MSF centra su labor en los países más afectados por el VIH y en aquellos que no pueden ofrecer la atención necesaria, como República Democrática del Congo o Myanmar, donde la proporción de personas en tratamiento es ínfima.

La documentación de los avances y amenazas que vemos en el terreno nos permite presionar para que se mantenga el apoyo político al tratamiento del VIH con una financiación estable de la salud mundial, así como el acceso a medicamentos asequibles, necesarios para alargar la vida de los afectados. En la lucha contra la epidemia del VIH/sida, el compromiso de MSF es garantizar

que más personas accedan antes a un tratamiento mejor.

La Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales de MSF ayuda a nuestros equipos médicos a ofrecer una atención de calidad. Promueve el desarrollo de nuevas vacunas, medicamentos y pruebas y denuncia las barreras al tratamiento de los pacientes en los países más pobres. Más información en: www.msfactess.org o en Twitter: @MSF_access.

La historia de Grace

Homa Bay, Kenia

Grace trabaja como educadora en la clínica de Homa Bay, Kenia. Da charlas sobre salud y ayuda a los pacientes antes de las consultas. Su relato ilustra los efectos positivos de la ampliación del tratamiento con ARV.

En 2003, después de quedarse embarazada, Grace decidió hacerse la prueba del VIH. Dio positivo:

"Me dieron la PTMH [prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo] y me sentí muy feliz al dar a luz a una niña sana. Ya tiene siete años y medio, está bien de salud y es muy activa. Está en segundo curso y le va muy bien.

"Tengo seis hijos. Tres son seropositivos y reciben atención. Y tengo seis nietos. Animé a sus madres a acudir a los servicios de PTMH y solo uno es seropositivo.

"Aunque están en tratamiento, nadie diría que mis hijos están enfermos. Están sanos, se mantienen activos y pueden trabajar. Yo también llevo una vida normal. Estoy contenta de poder conocer a mis nietos."

POR UNOS MEDICAMENTOS ASEQUIBLES

Más del 80% de los medicamentos con que MSF trata el VIH son genéricos indios. También compramos en India fármacos para otras enfermedades. India es "la farmacia del mundo en desarrollo": millones de personas dependen de los genéricos asequibles y de buena calidad producidos allí.

Pero esta fuente corre peligro. La nueva ley de protección de patentes del país impide la producción de versiones genéricas de los nuevos fármacos para el VIH, y estos no bajarán significativamente de precio a menos que se tomen medidas. La ley incluye disposiciones en favor de la salud pública que limitan en

parte sus efectos negativos, pero incluso esto se ha puesto en cuestión. Al cierre de esta edición, la Unión Europea trata de negociar con India un acuerdo de libre comercio que podría dañar aún más la producción de genéricos, y grandes farmacéuticas como Novartis han llevado a los tribunales las disposiciones favorables a la salud pública de la ley india.

MSF seguirá al frente de la lucha por el acceso a medicamentos asequibles para garantizar que todas las personas, tanto dentro como fuera de nuestros proyectos, reciben los medicamentos que necesitan.

ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

“Estaba aquí en 2001, cuando MSF empezó a administrar el tratamiento ARV. La mayoría de los pacientes estaban muy enfermos, en silla de ruedas. Pero hoy tienen buen aspecto y acuden a la clínica por su propio pie.”



Charles Sako toma una dosis del tratamiento ARV.

Nicholas Oucho es responsable clínico de MSF en el hospital del distrito de Homa Bay, en el oeste de Kenia. Entre una consulta y otra habla de los efectos positivos que ha tenido nuestro proyecto en las personas que viven aquí, a orillas del lago Victoria.

Más de 10.000 pacientes ascienden regularmente la colina donde está nuestra clínica de VIH. Como dice Oucho: “El proyecto ha ayudado mucho a mejorar la vida de los pacientes. Pero debemos mejorar la capacidad y calidad de la atención en los centros de salud locales. Así animaremos a los pacientes a acudir al que les quede más cerca”.

Entre 13.000 y 29.000 residentes de Homa Bay y el distrito vecino de Ndhwa no buscan la atención que necesitan. Desde las colinas de Homa Bay se entiende por qué: las casas se extienden por todo el territorio y resulta difícil distinguir dónde acaba un pueblo y dónde empieza el siguiente. Se trata de una región rural densamente poblada, y el transporte hasta la clínica de VIH más próxima puede ser prohibitivo. Muchos no acuden a una clínica hasta que están muy enfermos, lo que reduce sus posibilidades de supervivencia.

ACERCAMOS EL TRATAMIENTO ARV

El Gobierno de Kenia se ha propuesto que el 80% de los pacientes de VIH del país sean tratados en su centro médico más cercano. Un equipo de MSF refuerza periódicamente los servicios de VIH en ocho centros de salud de Homa Bay y Ndhwa.



Los médicos de MSF que trabajan en el hospital de Homa Bay también refuerzan los centros de salud locales.

El equipo realiza tutorías con el personal fijo, ofrece asesoramiento a pacientes y localiza a los que faltan a sus citas.

MSF ha decidido aumentar la capacidad de estos centros de salud locales. “Queremos que cada centro sea independiente del hospital principal”, explica Catherine Moody, coordinadora general de la misión de MSF en Kenia.

Con nuestra inversión en personal, laboratorio y asesoramiento esperamos contribuir a mejorar la calidad de la atención y la adherencia al tratamiento, así como que lo reciban más pacientes en ambos distritos. Estas y otras estrategias, como los proyectos de distribución comunitaria de medicamentos, permitirán cubrir las necesidades médicas y ampliar el tratamiento. El objetivo no solo es que las personas infectadas sigan con vida, sino también, como sabemos ahora, prevenir la propagación del virus al ofrecer protección a toda la comunidad.



© P.K. Lee

Consulta en una clínica móvil en un campo de desplazados de la provincia de Sindh, Pakistán.

PROYECTOS DE MSF EN EL MUNDO

26 AFGANISTÁN	45 ETIOPÍA	64 KIRGUIZISTÁN	83 PARAGUAY	99 TAILANDIA
28 ARMENIA	47 FILIPINAS	65 LESOTO	84 REPÚBLICA CENTROAFRICANA	100 TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS
29 BAHRÉIN	48 FRANCIA	66 LÍBANO	85 REPÚBLICA DEL CONGO	101 TÚNEZ
30 BANGLADESH	49 GEORGIA	67 LIBERIA	86 REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO	102 TURQUÍA
31 BOLIVIA	50 GRECIA	68 LIBIA	88 RUSIA	103 UGANDA
32 BRASIL	51 GUATEMALA	70 MADAGASCAR	89 SIERRA LEONA	104 UZBEKISTÁN
33 BURKINA FASO	52 GUINEA-CONAKRY	71 MALAUI	90 SIRIA	105 YEMEN
34 BURUNDI	53 HAITÍ	72 MALÍ	91 SOMALIA	107 YIBUTI
35 CAMBOYA	55 HONDURAS	73 MARRUECOS	93 SRI LANKA	108 ZAMBIA
36 CAMERÚN	56 INDIA	74 MOZAMBIQUE	94 SUAZILANDIA	109 ZIMBABUE
37 CHAD	58 IRAK	76 MYANMAR	95 SUDÁN	
39 CHINA	59 IRÁN	78 NÍGER	96 SUDÁN DEL SUR	
40 COLOMBIA	60 ITALIA	79 NIGERIA	98 SURÁFRICA	
42 COSTA DE MARFIL	61 JAPÓN	81 PAKISTÁN		
44 EGIPTO	62 KENIA	82 PAPÚA NUEVA GUINEA		

AFGANISTÁN

Tras décadas de conflicto, la calidad y accesibilidad de los servicios médicos se ha visto mermada considerablemente en todo el país.

Para muchos afganos, el desplazamiento hasta un hospital es un periplo largo y peligroso. La única alternativa suelen ser las clínicas privadas, pero son prohibitivas para gran parte de la población, además de que la calidad de la atención no está garantizada.

En 2011 MSF amplió significativamente sus actividades. Abrimos un nuevo hospital en Kunduz para ofrecer atención quirúrgica, esencial para los habitantes del norte del país, y en 2012 hemos inaugurado un hospital de maternidad en Khost.

Ahmad Shah Baba, Kabul

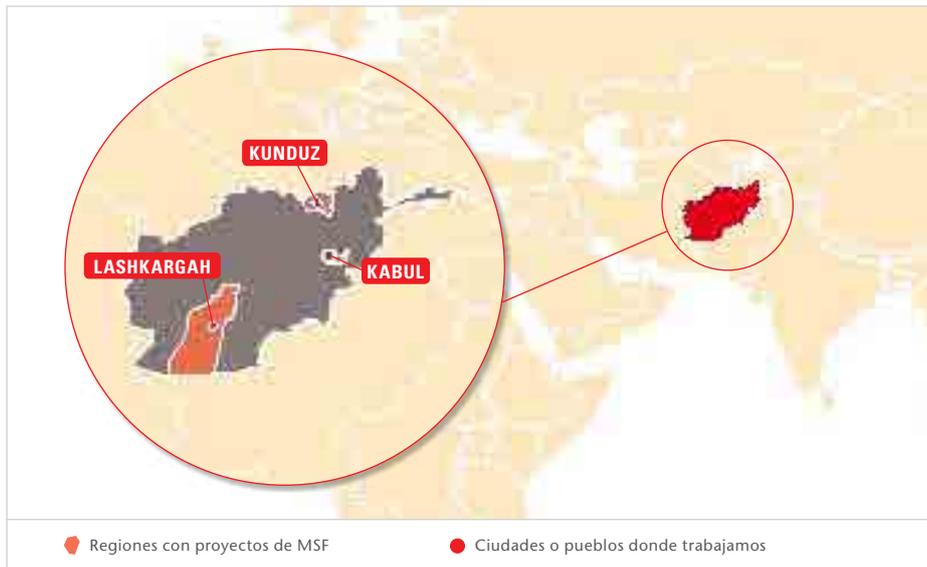
La población de Kabul se ha triplicado en la última década con la llegada de decenas de miles de desplazados que huían de las zonas más inseguras del país, así como de los refugiados retornados de Pakistán, lo que ha puesto bajo una enorme presión a los servicios de salud. La población de Ahmad Shah Baba, en el este de Kabul, es de entre 200.000 y 300.000 habitantes, y sigue creciendo. MSF empezó a operar en el hospital de este distrito en 2009.

El personal de MSF trabaja en todos los departamentos del hospital. Su objetivo ha sido mejorar el acceso a una atención gratuita y de calidad, haciendo especial hincapié en los servicios de maternidad y urgencias. MSF dona también medicinas y material al hospital. En 2011 construimos dos salas nuevas para consultas externas materno-infantiles. Cada mes nacen en el hospital unos 550 bebés, en comparación con 330 en 2010, y atendemos una media de nueve mil consultas externas.

Helmand

Esta provincia sigue siendo una de las más inestables de Afganistán y el millón de personas que viven allí, de las más afectadas por el conflicto. En 2009 MSF empezó a trabajar en el hospital Boost de Lashkargah, la capital de Helmand. Es uno de los dos únicos hospitales de referencia actualmente operativos en el sur del país.

Nuestro equipo en Boost ha mejorado la atención en diversos servicios, como maternidad, pediatría, medicina interna, cirugía y urgencias. Al final de 2011 el hospital contaba con 180 camas e ingresaba a una media de 1.500 pacientes al mes, diez veces más que en 2009.



En 2011 MSF abrió un nuevo servicio de consultas externas que atiende a más de 6.000 pacientes al mes, muchos de los cuales acuden desde zonas muy alejadas de Lashkargah. También se terminó la ampliación del hospital, que ha permitido aumentar el número de camas en el ala de pediatría. La desnutrición sigue siendo un problema crónico en Helmand, sobre todo infantil, por lo que MSF ha puesto en marcha un centro de nutrición terapéutica que brinda atención especializada.

Kunduz

En agosto, MSF abrió un nuevo hospital quirúrgico en la provincia de Kunduz, el único

de este tipo en el norte del país. El personal presta atención quirúrgica a víctimas del conflicto y a pacientes con otras lesiones. Antes, la principal opción para recibir tratamiento era cruzar la frontera en un largo y costoso viaje.

El hospital cuenta con 58 camas, que se ampliarán a 70 en 2012. Cuenta con servicio de urgencias, dos quirófanos y una unidad de cuidados intensivos, además de equipo de rayos X, laboratorio y salas de cirugía separadas para hombres y mujeres. Asimismo, un fisioterapeuta a jornada completa atiende a los pacientes después de ser operados y ayuda en su rehabilitación. El personal del



Un médico atiende a un niño desnutrido en el hospital Boost de Lashkargah, en la provincia de Helmand.



© Peter Casner

Dos mujeres recogen recetas en el dispensario de consultas externas del hospital Boost.

hospital está capacitado y equipado para responder a emergencias con varios heridos graves.

Desde su apertura, el hospital de Kunduz ha atendido a una media de 350 pacientes al mes. Aunque la mayoría procede de Kunduz, el boca oreja ha hecho que también acudan desde las provincias vecinas e incluso desde lugares cercanos a la frontera con Irán.

Khost

Las tasas de mortalidad materna e infantil en Afganistán se encuentran entre las más altas del mundo debido a las consecuencias del conflicto en los servicios de salud del país. La disponibilidad de atención materna gratuita y de calidad es muy limitada y la mayoría de las mujeres siguen dando a luz sin asistencia, en condiciones insalubres y peligrosas. En marzo de 2012, MSF abrió un hospital de maternidad en la provincia de Khost, en el este de Afganistán. Este hospital de 56 camas ofrece a las mujeres de la región atención pre y posnatal de calidad y cuenta con un quirófano para partos complicados.

Al finalizar 2011 MSF tenía 496 trabajadores en Afganistán, donde estamos presentes desde 1980.

Familia afgana Hospital de Boost, Lashkargah

Reda*:

"Vivo con mis hijos, sus esposas y mis nietos en la misma casa. Durante toda la mañana las balas silbaron muy cerca de casa. De repente se detuvieron los disparos y hubo un silencio total. Las mujeres se quedaron dentro y los hombres y niños empezaron a salir fuera."

Abdul*:

"Estaba sentado en el alféizar de la ventana y mi padre estaba tumbado. A mi lado estaba mi sobrinito Zabiullah. Vi que un avión nos sobrevolaba y, de repente, explotó esto que aquí llamamos hawan en nuestro jardín, delante de nosotros. Vi cómo un trozo de metralla se incrustaba en la cabeza de Zabi. Murió en el acto."

Reda:

"Murieron tres de mis nietos: dos chicos, de cinco y seis años, y una chica, Haifa, de 11. Sus madres se salvaron porque se habían quedado dentro. Otros nueve miembros de la familia resultaron heridos."

Abdul:

"Nos han dicho que la casa no está del todo destruida, pero aún no hemos vuelto. Se ve que todos los días hay tiroteos en el pueblo. No podemos regresar, pero tampoco quedarnos toda la vida aquí, en el hospital de Boost."

Ali*:

"La minas y los combates dominan nuestras vidas. Ese día mi hermano tenía que llevar a su hijo al médico, pero las minas se lo impidieron y tuvieron que regresar. Los dos murieron más tarde, en casa."

*Nombres ficticios.

ARMENIA



MSF refuerza el tratamiento de pacientes con tuberculosis resistente a los medicamentos.

La tuberculosis resistente a los medicamentos (DR-TB) se puede contraer de alguien que ya tenga la enfermedad. También puede desarrollarla un paciente cuya TB que se vuelva resistente a la medicación, una de las posibles consecuencias de interrumpir el tratamiento.

En 2005, MSF empezó a trabajar con las autoridades armenias para mejorar la detección, diagnóstico y tratamiento de la DR-TB. Uno de los aspectos clave de sus actividades es atender a las personas excluidas del programa nacional, que suelen padecer problemas sociales o psicológicos que dificultan su continuidad en el tratamiento.

En 2011, MSF amplió su programa para niños con DR-TB y ayudó a mejorar las instalaciones de varios laboratorios médicos. Al finalizar el año tratábamos a 290 pacientes de DR-TB en el país.

Un tratamiento difícil

Los pacientes con TB sensible a los fármacos tienen que medicarse a diario durante un periodo de seis a nueve meses, mientras que el tratamiento completo de la DR-TB puede durar hasta dos años y, además de ser mucho más costoso, no siempre está disponible.

Normalmente el paciente ingresa primero en un hospital, donde se le realiza un seguimiento exhaustivo. Incluso cuando vuelve a casa tiene que seguir un tratamiento agotador. Muchos de los medicamentos son tóxicos y causan cefaleas, vómitos y mareos. Algunos pacientes no lo soportan.

MSF emplea varias estrategias para ayudar a los pacientes a sobrellevar los efectos secundarios y mejorar su adherencia al tratamiento. Además de chequeos periódicos con personal sanitario, se les ofrece apoyo psicológico en sesiones individuales o grupales. Nuestro personal también realiza visitas domiciliarias a los pacientes y, si es preciso, les lleva comida.

Escasez de personal y fármacos

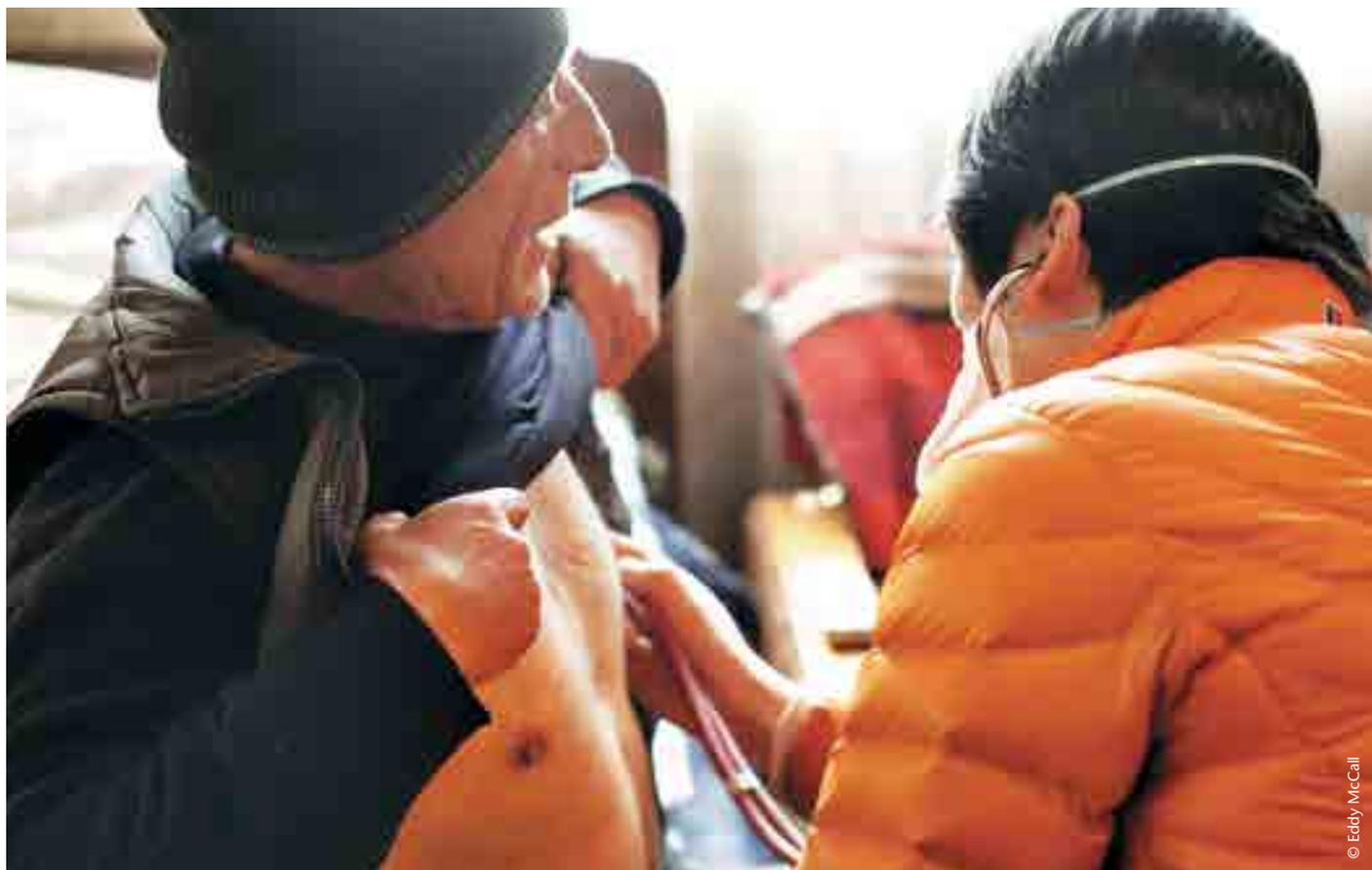
En 2011, la falta de personal en el programa nacional de TB, sobre todo enfermeros, obligó a MSF a asignar más trabajadores al cuidado y asesoramiento de los pacientes.

En julio, la escasez internacional de capreomicina, uno de los medicamentos más importantes para tratar la DR-TB, aumentó el número de personas en lista de espera. MSF organizó sesiones de asesoramiento específicas para los pacientes que llevaban más de un mes en lista de espera. Les explicamos los motivos del retraso y ofrecimos educación básica sobre la enfermedad y cómo controlar la infección.

Ampliación del proyecto

En 2010 MSF empezó a colaborar con el programa nacional de TB en las provincias del norte de Armenia, iniciativa que se amplió en 2011. El objetivo es que los pacientes de las zonas remotas de Kotayk, Ararat y Lori puedan completar sus tratamientos en casa con el apoyo de las clínicas locales. En 2011, MSF intensificó su colaboración con socios del país y prosiguió con el traspaso de las actividades de atención domiciliaria a la Cruz Roja armenia.

Al finalizar 2011 MSF tenía 85 trabajadores en Armenia, donde estamos presentes desde 1988.



Visita domiciliaria a un paciente de tuberculosis resistente a los medicamentos.

BAHRÉIN



Trabajadores del hospital de Salmaniya esperan la llegada de heridos durante las protestas.

© REUTERS/Hamad I. Mohammed, cortesía de Alertnet.



Regiones con proyectos de MSF

Dos días después de que comenzaran las protestas, el 14 de febrero, un equipo de MSF se desplazó al país para realizar una evaluación de las necesidades médicas.

En marzo MSF recibió una solicitud para que formara a unos 40 profesionales sanitarios, tanto del sector público como del privado, para gestionar la atención a grandes cantidades de heridos.

Si bien Bahréin dispone de una atención sanitaria de calidad, MSF observó impedimentos para acceder a dichos servicios. Las instalaciones y el personal sanitario se

vieron envueltos en el conflicto. En el informe *Health Services Paralyzed by Bahrain's Military Crackdown on Patients*, publicado en abril, MSF expresó su preocupación por la pérdida de neutralidad de los servicios médicos de Bahréin y la consiguiente denegación de atención a numerosos enfermos y heridos.

Tras contactar con el Gobierno, y a la espera de una respuesta a nuestra propuesta de asistencia, seguimos prestando atención primaria a enfermos y heridos. Entre marzo y julio, atendimos a casi 200 pacientes que no se atrevían a acudir a los centros públicos por temor a ser arrestados por participar o simpatizar con las protestas. En julio hubo una redada en las instalaciones de MSF en Bahréin. Uno de los trabajadores locales fue detenido y puesto en libertad a principios de agosto.

Desde entonces, MSF ha seguido negociando con las autoridades su registro formal en el país. Nuestra propuesta comprende actividades de salud mental para trabajadores sanitarios y otras personas afligidas, así como apoyar la preparación para emergencias de los hospitales y la restauración de la confianza en el sistema de salud.

Al finalizar 2011, año en que empezamos a operar en Bahréin, MSF tenía tres trabajadores en el país.

Abdul*
29 años

"Pasé cinco días en Salmaniya tras resultar herido en las protestas. La policía entraba en la sala periódicamente para que no pudiésemos dormir. Iban enmascarados y con porras. Daban miedo. Entraban a la 1 de la madrugada y nos pegaban. Supliqué al médico que me diera el alta. Quería irme. No me sentía seguro en el hospital. Cuando intenté huir, la policía me arrestó. Me llevaron a una comisaría, donde me vendaron los ojos y me pegaron. Por fin me soltaron a las 3 de la madrugada. Encontré a una enfermera que podía tratarme en casa. Si vuelvo al hospital, me preguntarán cómo me he hecho estas heridas y me volverán a pegar."

Cuando el equipo de MSF examinó a Abdul durante un reconocimiento médico, tenía dolores en el pecho y dificultades para mover la mano derecha, ya que se la habían atado.

*Nombre ficticio.

BANGLADESH



El país presenta graves necesidades médicas. MSF trabaja en diversos contextos, donde ofrece tratamiento a pacientes que de otro modo carecerían de acceso a los servicios médicos.

En Fulbaria, al norte de la capital, Dacca, MSF gestiona un centro de tratamiento del kala azar conjuntamente con el Ministerio de Sanidad. El kala azar o leishmaniasis visceral lo transmite una mosca de arena que vive en las grietas de las casas de barro. Es la enfermedad parasitaria más letal del mundo después de la malaria. Las mujeres y los niños son especialmente vulnerables al kala azar, que es mortal si no se trata.

En 2011 MSF trató en Fulbaria a más de 1.700 pacientes de kala azar y enfermedades asociadas, administrándoles anfotericina B liposomal, el tratamiento que introdujimos en 2010. Este fármaco es más seguro y eficaz que los anteriores, altamente tóxicos. Además, ahora el tratamiento se realiza en tres días, con dos días de descanso intercalados, y no es necesario hospitalizar a los pacientes. Más del 99% de los pacientes de kala azar que tratamos en 2011 se curaron.

Pese a su elevada prevalencia, los habitantes de esta región saben poco acerca de la enfermedad. Un equipo de proximidad de MSF identifica casos y los deriva para ser tratados. Explican a la población los síntomas de la enfermedad, cómo se transmite y qué opciones de tratamiento existen, además de realizar actividades de educación sanitaria. MSF también refuerza el programa de control de vectores del Ministerio de Sanidad con un nivel adicional de control de calidad y supervisión, cuyos resultados presentamos al responsable del programa de erradicación del kala azar.

Atención médica en la capital

Dacca es una de las ciudades más densamente pobladas del mundo. El



Una madre acude con su bebé al centro de día de MSF en Kamrangirchar, cerca de Dacca.

éxodo rural provocado por las condiciones socioeconómicas y ambientales ha dado lugar a miles de asentamientos informales.

La mayoría de los residentes de estos asentamientos carecen de acceso a servicios sanitarios de calidad. En Kamrangirchar, hogar de casi 400.000 personas, MSF gestiona dos centros de salud primaria que ofrecen atención materno-infantil gratuita, con especial énfasis en el tratamiento de la desnutrición severa. Realizamos cerca de 28.000 consultas e ingresamos en el programa de nutrición a más de 900 niños y 580 mujeres embarazadas o lactantes. Muchos de los pacientes padecían diarreas e infecciones cutáneas, a menudo consecuencia directa de la mala calidad del agua y de la insalubridad. MSF también respondió a un brote de sarampión.

Mejorar el acceso a la salud

En Cox's Bazar, uno de los distritos más pobres de Bangladesh, viven miles de rohingya huidos de Myanmar. No están registrados oficialmente, por lo que se les considera inmigrantes ilegales. Muchos viven en el campo improvisado de Kutupalong y sus alrededores.

En 2011 MSF trató en la clínica de Kutupalong a más de 55.000 personas, tanto rohingya como bangladesíes. Ofrecimos atención primaria a pacientes externos y hospitalizados, así como servicios de maternidad, planificación familiar, vacunación y salud mental.

También realizamos una encuesta nutricional que reveló una elevada tasa de desnutrición entre los rohingya. De enero a septiembre ingresamos en la clínica a

440 niños desnutridos que presentaban complicaciones. Además de las actividades médicas, MSF presionó para que se mejorasen las condiciones de vida de este pueblo apátrida.

Al finalizar 2011 MSF tenía 323 trabajadores en Bangladesh, donde estamos presentes desde 1985.

Salma

"Me llamo Salma. Vivo en Kamrangirchar junto con mi madre y mis dos hijas pequeñas. Tengo que trabajar para mantenerlas a todas, porque mi marido me dejó por otra mujer. Trabajo en una obra, donde subo escaleras cargando ladrillos y sacos de cemento. Los hombres me insultan y amenazan con pegarme si no trabajo duro. Me es muy difícil, pero tengo que hacerlo. ¿De dónde si no va a salir el dinero?"

"Cada pocos días tengo dolores, me siento febril, me resfrío y me salen llagas y úlceras en los brazos. Mis pechos no producían leche, por lo que mi hija más pequeña adelgazó muchísimo y enfermó. Ahora MSF cuida de ella y se asegura de que está bien alimentada. Vienen a verla y me dan consejos sobre cómo preparar comidas nutritivas. Les estoy muy agradecida."

BOLIVIA



Reconocimiento médico a un paciente de Chagas en Aiquile, Cochabamba.



El Chagas, que puede ser mortal, está muy extendido en el país. Las personas más vulnerables viven en casas precarias y no pueden pagar la atención sanitaria.

El Chagas es una enfermedad parasitaria transmitida por la vinchuca, un chinche que mora en las grietas de paredes y techos de las viviendas de adobe y paja. Las personas que viven en este tipo de casas son, por tanto, las más vulnerables.

Pese a que causa problemas cardíacos e intestinales graves e incluso mortales, quienes contraen la enfermedad pueden vivir muchos años sin mostrar síntomas. Por ello, la detección es esencial en la lucha contra el Chagas. Pero la sanidad boliviana suele ser de pago y muchas personas no pueden permitírselo.

Cochabamba

En abril de 2011, MSF traspasó su proyecto de Chagas en Cochabamba al Ministerio de Sanidad. Durante los tres años que trabajamos

en algunos de los barrios más desfavorecidos de la ciudad, hicimos la prueba del Chagas a más de 20.000 personas, de las que unas tres mil dieron positivo y más de 1.900 se trataron.

Un equipo de MSF siguió operando un proyecto en la provincia rural de Narciso Campero, cuya tasa de prevalencia del Chagas está entre las más altas del país. Fuimos los primeros en ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y atendimos a pacientes que aún no presentaban complicaciones cardíacas o intestinales.

MSF trabaja directamente con los pacientes, pero también con el personal de las clínicas y centros de salud locales. Ofrecemos formación y colaboramos con las autoridades para mejorar la cadena de suministro de medicamentos para el Chagas y su tratamiento. El objetivo es integrar los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en el sistema sanitario. Además, nuestros equipos sensibilizan a la población sobre la enfermedad y cómo el control de las vinchucas ayuda a reducir su transmisión. Organizan talleres educativos para profesores, estudiantes, líderes comunitarios y colectivos de pacientes, además de participar regularmente en un programa de radio.

En 2011 hicimos la prueba del Chagas a 3.270 personas en Narciso Campero: 1.270 dieron positivo y 716 iniciaron el tratamiento. En los centros de salud rurales apoyados por MSF se hicieron la prueba otras 1.833 personas, de las que 399 comenzaron el tratamiento.

No existe una prueba de curación fiable para el Chagas. Con el objetivo de desarrollarla, MSF participa en un estudio con la Iniciativa de

Eliseo

55 años

"Hace quince años Eliseo dio positivo en la prueba del Chagas, pero por entonces no había ningún tratamiento disponible para la enfermedad. En 2010 Eliseo empezó a trabajar con MSF. Al principio no se atrevió a revelar su diagnóstico, pero más tarde decidió hacerse la prueba con MSF y volvió a dar positivo. Empezó a tratarse en abril de 2011. Casi abandona el tratamiento por culpa de los efectos secundarios, como dolores abdominales, pero en julio, y gracias al apoyo de su familia y compañeros de trabajo, Eliseo logró completarlo."

"Me alegro de haberme hecho la prueba y medicarme", dice Eliseo. "Siento que mi calidad de vida ha mejorado. Ahora siempre ayudo a los demás para que también puedan tratarse del Chagas."

Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi). Se están realizando ensayos en pacientes bolivianos para comprobar si la reacción en cadena de la polimerasa, una técnica que amplifica fragmentos del ADN, puede ayudar a medir con precisión la respuesta de los pacientes al tratamiento.

Escasez de medicamentos

El tratamiento más utilizado para el Chagas es el benznidazol. En octubre, la escasez de este fármaco afectó gravemente a los programas de varios países latinoamericanos. MSF se vio obligada a suspender la puesta en marcha de los nuevos proyectos que había previsto en Bolivia.

Entre otros factores, la escasez se debió a la mala planificación del laboratorio público brasileño que produce el benznidazol. MSF instó al Ministerio de Sanidad de Brasil a acelerar la producción del medicamento, pero al final de 2011 seguía habiendo problemas de suministro.

Emergencia en La Paz

En febrero cinco mil personas se quedaron sin hogar tras un desprendimiento de tierras en el barrio de Callapa de la capital, La Paz. En el marco de la respuesta de emergencia, MSF ofreció servicios de agua y saneamiento en siete de los refugios provisionales donde se realojó a los damnificados.

Al final izar 2011 MSF tenía 32 trabajadores en Bolivia, donde estamos presentes desde 1986.

BRASIL



En marzo de 2010 empezaron a llegar haitianos a Tabatinga, una pequeña localidad en la frontera entre Brasil, Colombia y Perú.

Más de 1.200 haitianos que habían solicitado asilo en Brasil tras huir del terremoto de enero de 2010 quedaron atrapados en Tabatinga. No se les permitía trabajar ni salir hasta que recibieran autorización oficial, y esta llevaba meses sin llegar.

Tras gastar todos sus ahorros en el viaje a Brasil, muchos vivían en condiciones de extrema pobreza. En algunos casos hasta cuarenta personas compartían una sola letrina y, en una casa, vivían hasta cinco en cada una de las diminutas habitaciones, sin luz ni ventilación adecuadas.

Estas condiciones produjeron infecciones intestinales y trastornos psicológicos entre los haitianos. A mediados de noviembre, MSF empezó a dispensarles apoyo psicológico y kits de aseo. Nuestro personal les ayudó haciendo de mediadores e intérpretes cuando acudían a los centros de salud. Además, presionamos a las autoridades locales y provinciales para que mejorasen su acceso a la salud.

El 11 de enero de 2012, el Ministerio de Justicia anunció la concesión de la residencia y permisos de trabajo a unos cuatro mil haitianos que llegaron a Brasil tras el terremoto. El Gobierno federal también adoptó una política orientada a la regularización de los haitianos en Brasil e introdujo mecanismos legales para permitir la inmigración legal desde el país caribeño. Estas medidas redujeron la llegada de haitianos a

Tabatinga y, ante la mejora de la situación, MSF cerró el proyecto en febrero de 2012.

Muchos haitianos se dirigieron a Manaus. MSF presionó a las autoridades municipales para que asumieran sus responsabilidades en lo tocante a las necesidades sanitarias del colectivo. Para reforzar la respuesta municipal, un equipo de MSF impartió formación en salud mental y promoción de la salud a los trabajadores sanitarios y sociales de Manaus.

Inundaciones

En enero, las graves inundaciones y deslizamientos de tierras al norte de Río de Janeiro dejaron a miles de personas sin hogar. Después de evaluar la situación e identificar carencias en los servicios de salud mental, MSF ofreció formación a más de 150 psicólogos de cuatro localidades para atender a las víctimas de catástrofes naturales. También presionamos para que se incluyese la salud mental en la respuesta global a desastres.

Al finalizar 2011 MSF tenía cuatro trabajadores en Brasil, donde estamos presentes desde 1991.



Más de 1.200 haitianos quedaron atrapados en la localidad fronteriza de Tabatinga.

BURKINA FASO



© Yann Libessart/MSF

Un paciente hospitalizado en el centro de nutrición para niños con desnutrición severa de Yako.



El clima de violencia y la inestabilidad de los precios han provocado una escasez de alimentos en muchas regiones. En el norte del país, MSF gestiona varios proyectos de nutrición gratuita para menores de cinco años.

Nuestros equipos en Loroum tratan la desnutrición infantil y ofrecen atención primaria en once proyectos ambulatorios y en un centro en el hospital de Titao, la capital de la provincia. Las actividades en cinco centros de salud de Yako se traspasaron gradualmente al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia a medida que esta agencia fue asumiendo la atención pediátrica en la ciudad.

MSF atendió a niños que presentaban una amplia variedad de problemas de salud, principalmente diarreas, malaria e infecciones respiratorias. También realizamos vacunaciones rutinarias.

La malaria es la principal causa de enfermedad y muerte en Burkina Faso, sobre todo entre los menores de cinco años, y de julio a diciembre se produce un pico estacional del número de casos. Durante todo el año, MSF colaboró con el Ministerio de Sanidad en el tratamiento de pacientes en el hospital de Titao y amplió sus

actividades de tratamiento a los centros de salud periféricos durante la temporada de la malaria. Nuestro personal atendió a unos 820 pacientes.

En 2011 tratamos a casi 4.500 niños. Desde el inicio del proyecto en 2007, nuestro personal ha atendido a más de 55.400 niños.

MSF ha empezado a estudiar la posibilidad de abrir nuevos proyectos en el país. A comienzos de 2012 los principales motivos de preocupación eran la epidemia de malaria en el sur, la creciente inestabilidad política, el aumento de la inseguridad en la zona fronteriza a raíz de los combates en el vecino Malí y el temor a una crisis de desnutrición especialmente grave.

Al finalizar 2011 MSF tenía 215 trabajadores en Burkina Faso, donde estamos presentes desde 1995.

BURUNDI



La actividad de MSF se centra en la salud materna. Ofrecemos atención obstétrica urgente y reparación de fístulas obstétricas.

Kabezi

La formación de fístulas obstétricas se puede prevenir si el parto es atendido por médicos cualificados. En la localidad de Kabezi, en la provincia de Bujumbura Rural, MSF gestiona un centro de atención ginecológica y obstétrica urgente (CURGO) que también ofrece servicios neonatales. Una ambulancia traslada a Kabezi a las mujeres que necesitan atención urgente desde los 24 centros de salud que hay en los alrededores del CURGO. En 2011 nacieron en el centro casi 2.200 bebés, de los que 446 precisaron cuidados intensivos neonatales.

Respuesta a emergencias

La unidad de respuesta a emergencias de MSF está en contacto permanente con una amplia red de autoridades y organizaciones médicas, lo que le permite conocer el riesgo de emergencias en el país.

Durante un brote de sarampión, la unidad participó en una campaña en la que se vacunó a más de 291.000 personas. El equipo también reforzó la respuesta de las autoridades sanitarias a un brote de cólera.

Ofrecimos tratamiento y seguimiento a 1.072 pacientes, además de tratar más de 6.100 casos de malaria.

Al finalizar 2011 MSF tenía 239 trabajadores en Burundi, donde estamos presentes desde 1992.

La falta de acceso a la sanidad en Burundi afecta especialmente a las mujeres. Según la Organización Mundial de la Salud, cada año mueren en el país cuatro mil mujeres durante el parto y otras 1.200 desarrollan fístulas obstétricas.

Las fístulas obstétricas son lesiones en el canal de parto, debidas a un parto largo o complicado. Al causar incontinencia, las mujeres que las padecen sufren un debilitamiento de su salud y, en muchos casos, estigma y exclusión social.

Pero la mayoría de las fístulas se pueden operar y, en general, las mujeres sometidas con éxito a la reparación quirúrgica de las lesiones vuelven a llevar una vida normal y se reintegran en la sociedad.

El centro de salud de Urumuri

En el centro de salud de Urumuri, en la ciudad de Gitega (centro de Burundi), MSF dispensa un servicio gratuito de tratamiento a mujeres con fístulas obstétricas que funciona las 24 horas del día. En 2011, nuestros cirujanos realizaron más de 370 operaciones de reparación de fístulas y empezaron a formar en esta técnica a dos médicos burundeses. En 2012, MSF tiene previsto aumentar la capacidad del centro y realizar 450 intervenciones.

En 2011 MSF puso en marcha un proyecto para adelantar el tratamiento de las fístulas, ya que de ese modo se evita la operación. En un plazo de seis semanas después de la formación de la fístula se puede colocar un catéter para drenar la orina acumulada en la vejiga. Esta intervención sencilla descomprime las paredes de la vejiga y permite que las zonas lesionadas se unan y la fístula sane de forma natural.

Muchas mujeres desconocen la posibilidad de tratar o reparar las fístulas obstétricas. MSF ha habilitado un número de teléfono para responder a cualquier pregunta sobre este problema e informar de las opciones disponibles.

291.000
PERSONAS
vacunadas
contra el
sarampión



Pacientes en la sala de espera de una clínica móvil.

CAMBOYA



El hacinamiento, la falta de ventilación y las malas condiciones de vida aumentan el riesgo de contraer tuberculosis en las cárceles camboyanas.

Según la Organización Mundial de la Salud, Camboya es uno de los 22 países que tienen una carga elevada de tuberculosis (TB). La TB se transmite por el aire, cuando una persona infectada tose o estornuda. Es una infección oportunista que ataca los sistemas inmunitarios debilitados, situación muy común entre los camboyanos más desfavorecidos. La desnutrición, la falta de higiene, las malas condiciones de vida y la infección por VIH contribuyen a propagar la enfermedad.

Atención en las cárceles de la capital

Desde febrero de 2010, MSF trabaja en tres cárceles de Phnom Penh que albergan el 25% de los reclusos del país. Dispensamos atención y tratamiento a los pacientes de VIH y TB y hemos introducido medidas para mejorar el control de las infecciones, como un área de cuarentena en una de las prisiones.

Tras hacer la prueba del VIH y la TB a todos los reclusos, nuestros equipos móviles visitaron diariamente los centros, donde realizaron una media de cien consultas al mes. Al finalizar el año, 94 pacientes de VIH estaban en tratamiento. Más de 3.600 personas se habían hecho la prueba de la TB y 32 recibían tratamiento, lo que elevó a unos 200 la cifra de pacientes tratados desde 2010.

Para evitar que los pacientes desarrollen resistencia a los medicamentos, la adhesión al tratamiento es esencial. Por ello, cuando son puestos en libertad o trasladados, el personal de MSF sigue sus casos y se asegura de que reciben los medicamentos y cuidados médicos que necesitan.



Sesión de información sobre la tuberculosis con habitantes de la provincia de Kampong Cham.

En las cárceles, hemos ampliado nuestras actividades a la salud primaria y el tratamiento de infecciones cutáneas y de transmisión sexual. También realizamos actividades de promoción de la salud, como la mejora del saneamiento.

El proyecto de TB en Kampong Cham

En el hospital de Kampong Cham, MSF ofrece el tratamiento de la TB y la TB resistente a los medicamentos (DR-TB-DR). También colaboramos con los médicos del hospital en la identificación de casos de la enfermedad entre los niños.

Uno de los aspectos clave de nuestra estrategia es el seguimiento. Cuando los pacientes no pueden acudir al hospital, los visitamos a domicilio. Además, hemos habilitado un número de teléfono para urgencias. En 2011, realizamos más de seis mil consultas en el hospital y tratamos a más de 600 nuevos pacientes de TB.

También trabajamos para que la gente se haga antes la prueba de la TB. Nuestros asesores preguntan a los pacientes nuevos con quién han estado en contacto e invitamos a las personas en riesgo a hacerse una prueba gratuita. Y hemos mejorado la detección de casos un nuevo aparato de análisis que reduce el tiempo necesario para diagnosticar la enfermedad.

Dos veces al mes, un médico y un asesor de MSF participan en un programa de radio

sobre la TB. Periódicamente organizamos actividades de sensibilización en pagodas, universidades, colegios y mezquitas. El objetivo de estas actividades de proximidad es aumentar el conocimiento de la enfermedad y reducir el estigma que la rodea. MSF también presiona para que el país mejore su respuesta a la TB.

Al finalizar 2011 MSF tenía 136 trabajadores en Camboya, donde estamos presentes desde 1979.

Srey*

“Al principio del tratamiento para la DR-TB sufrí graves efectos secundarios, como fiebre, mareos, dolor de cabeza y dolores abdominales. Fue muy duro. Quise abandonar el tratamiento, pero cuando vi el esfuerzo de los demás pacientes, decidí seguir a pesar de lo mucho que me costaba. La gente de MSF viene a menudo a casa a hablar conmigo y a ver cómo están mis cuatro hijos. A veces también me traen comida: si no tengo bastante para comer, me pongo muy mal y los efectos secundarios son peores. La enfermera del pueblo viene todos los días para darme mis medicinas y ver qué tal me va.”

*Nombre ficticio.

CAMERÚN



El problema de la resistencia a los medicamentos

En el hospital del distrito de Nylon, en Duala, la capital económica del país, MSF administra a más de 1.500 pacientes de VIH un tratamiento de primera línea mejorado que incorpora tenofovir (TDF), un medicamento con menos efectos secundarios. Esperamos que el TDF, junto con un mejor seguimiento, mejore la adherencia al tratamiento y reduzca el riesgo de que aparezca resistencia a los fármacos.

Hemos logrado que el Ministerio de Sanidad y los donantes sigan nuestro ejemplo y cambien el protocolo médico del tratamiento de primera línea, consistente en una combinación de medicamentos con estavudina, que suele causar efectos secundarios, por otra combinación basada en el TDF. Este último régimen se ha aprobado como tratamiento de primera línea y los medicamentos ya están disponibles en las farmacias.

En Duala pasamos a dispensar a 54 pacientes de VIH al tratamiento de segunda línea.

Úlcera de Buruli

En Akonoling, en el centro del país, MSF trató a 160 pacientes de la úlcera de Buruli. Aunque no suele ser mortal, esta enfermedad es sumamente incapacitante y dolorosa. De la misma familia que la lepra, puede causar deformidades irreversibles que limitan la movilidad, infecciones secundarias y discapacidad permanente. Las lesiones

cutáneas también pueden generar estigma y exclusión social.

Cuanto más se tarda en tratar la enfermedad, más se alargan el tratamiento y la recuperación, por lo que es esencial hacerlo lo antes posible. Pero no es fácil. La mayor prevalencia de la enfermedad se da en las comunidades rurales pobres, donde los servicios de salud no pueden ofrecer el complejo y costoso tratamiento que precisa. Por otro lado, es necesario invertir en investigación para mejorar su prevención, diagnóstico y tratamiento. Sigue sin saberse cómo se transmite esta enfermedad.

Cólera

Un equipo de MSF reforzó la respuesta del Ministerio de Sanidad a dos brotes de cólera. El principal síntoma del cólera es una diarrea profusa y acuosa que provoca rápidamente una deshidratación grave. El 20 de marzo se declaró un brote de la enfermedad en la capital del país, Yaoundé. MSF habilitó un centro de tratamiento del cólera (CTC) de 300 camas, donde tratamos a más de 1.350 pacientes.

El segundo brote se produjo en noviembre en Duala. Operamos durante nueve semanas un CTC de 130 camas junto al hospital central de Laquintinie. Tan solo el primer día ingresaron 56 pacientes. En total, tratamos a más de mil pacientes.

Al finalizar 2011 MSF tenía 83 trabajadores en Camerún, donde estamos presentes desde 1984.

Existen importantes obstáculos para ofrecer un tratamiento de calidad a pacientes de VIH, sobre todo los que desarrollan resistencia a los medicamentos.

En Camerún, decenas de miles de seropositivos se tratan con antirretrovirales (ARV) gracias al compromiso del Gobierno con el acceso universal al tratamiento ARV y el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Sin embargo, un 10% de los pacientes desarrolla resistencia a los medicamentos de primera línea tras varios años de tratamiento, debido en ocasiones a problemas de adherencia. También se pueden transmitir cepas resistentes de una persona a otra. En estos casos, los pacientes han de seguir un tratamiento de segunda línea, mucho más caro para el Gobierno y los pacientes.



Un médico realiza un reconocimiento médico en el "pabellón de la úlcera de Buruli" de Akonolinga.

CHAD

Es el país con la mayor tasa de mortalidad de menores de cinco años del mundo. MSF se centra en la atención materno-infantil y la respuesta a emergencias.

En Am Timan, MSF refuerza un hospital de distrito del Ministerio de Sanidad y siete centros de salud. Atendimos a más de 3.700 niños en pediatría, unas 7.300 consultas prenatales y 1.795 partos, además de tratar por desnutrición a más de 5.300 menores de cinco años.

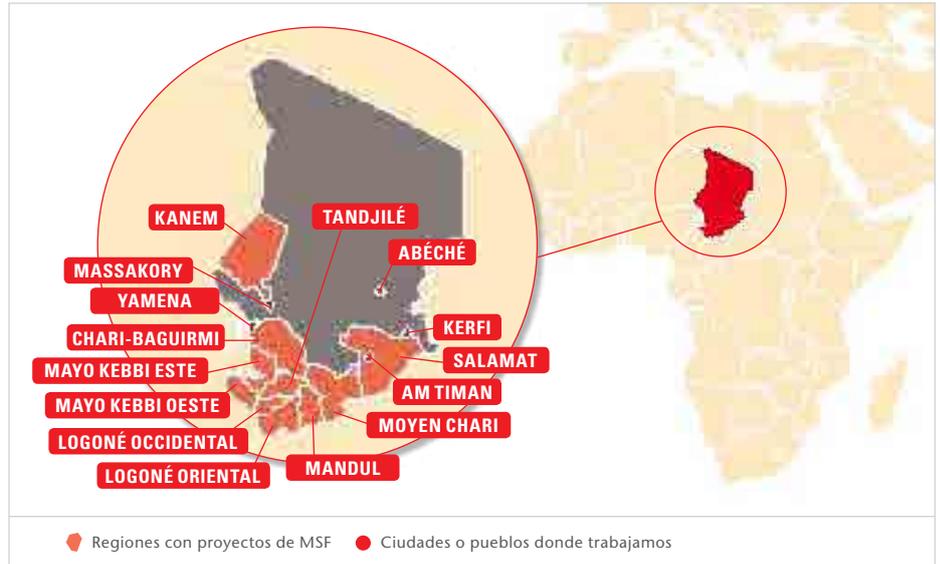
En el centro de salud de Kerfi, en el sureste del país, prestamos atención médica integral a chadianos desplazados por el conflicto y a la comunidad local. Ofrecimos apoyo nutricional, transfusiones de sangre, derivaciones hospitalarias, servicios de salud reproductiva y asistencia a víctimas de la violencia sexual. Tratamos a más de 27.800 pacientes y atendimos 3.500 consultas prenatales y 188 partos. Cuando los desplazados abandonaron la zona y los servicios de salud volvieron a la normalidad, nos retiramos del centro de salud.

La principal actividad de MSF en Massakory, en el oeste de Chad, es tratar la desnutrición de los menores de cinco años y las urgencias de los menores de 15. Durante el periodo de escasez de alimentos, reservamos más de 170 camas en el hospital de Massakory para niños que necesitan apoyo nutricional y otros tipos de atención vital. En 2011 ingresamos a unos 1.200 niños por desnutrición y a otros 750 por malaria, meningitis, diarreas o infecciones respiratorias. El proyecto de nutrición ambulatoria de MSF trató a unos 3.200 niños con desnutrición severa, y más de 6.400 menores de tres años recibieron alimentos enriquecidos para prevenir la desnutrición.

Más al norte, en el distrito de Nokou, en Kanem, ampliamos nuestra respuesta a la crisis nutricional y tratamos a 3.600 niños.

Fístula obstétrica

Las fístulas obstétricas afectan a unos dos millones de mujeres en todo el mundo, mayoritariamente en zonas pobres y remotas de África con un acceso limitado o nulo a servicios de maternidad. Son lesiones en el canal de parto, debidas en su mayoría a partos largos o complicados. Suelen causar incontinencia y, con ella, el rechazo de las familias y comunidades. En el hospital



regional de Abéché, donde MSF refuerza los servicios ginecológico y obstétrico, nuestro personal especializado realizó 222 operaciones de reparación de fístulas y asistió más de 2.980 partos. La formación de fístulas se puede evitar con la atención obstétrica adecuada.

Malaria

El proyecto de malaria en Moissala, en la región de Mandul, incluye actividades de tratamiento y prevención dirigidas a menores de cinco años y mujeres embarazadas, especialmente vulnerables a la malaria. En una región en la que los niños pueden sufrir

una media de dos episodios de malaria al año y algunos pueblos están a tres horas a pie del centro de salud más cercano, acercar la atención a las comunidades es de vital importancia. MSF forma a trabajadores para realizar pruebas de diagnóstico rápido de la malaria y tratar casos sencillos en las aldeas. Los niños que presentan complicaciones son derivados al centro de salud más cercano o trasladados a un pabellón construido por MSF en el hospital del distrito de Moissala. En 2011, este hospital trató a más de 2.100 pacientes de malaria. Además, distribuimos 17.000 mosquiteras a niños y embarazadas.



Un niño recibe una etiqueta identificativa antes de una consulta en una clínica móvil en Molobou, en la región de Kanem.



Vacunación contra la meningitis en el distrito de Kelo, Tandjilé.

Cólera

Pese a los esfuerzos para contener la epidemia de cólera iniciada en 2009, esta se prolongó hasta bien entrado 2011. El principal motivo de su persistencia es el deficiente saneamiento, ya que el cólera se propaga a través de aguas y alimentos contaminados. Causa diarrea acuosa profusa y vómitos que pueden producir deshidratación severa y la muerte si no se trata a tiempo. El tratamiento consiste en la restitución inmediata de fluidos y sales mediante una solución de rehidratación. Para combatir la epidemia, unos 325 trabajadores de MSF atendieron a más de 12.700 pacientes en 23 centros de salud de todo el país.

Sarampión

MSF vacunó contra el sarampión a unas 575.000 personas, niños en su mayoría, en varios distritos de las regiones del sur y sureste del país, como Logoné Occidental, Logoné Oriental, Moyen Chari y Salamat. Tratamos a más de 2.800 personas y donamos medicamentos al Ministerio de Salud para tratar a otras 3.500. El sarampión es una de las causas de la desnutrición, por lo que tratamos también a casi 3.000 niños en nuestros proyectos de nutrición en Logoné Occidental.

Meningitis

El sur de Chad se encuentra en el llamado cinturón de la meningitis, una enorme franja que atraviesa el África subsahariana con una gran prevalencia de esta enfermedad. La meningitis provoca la inflamación de las membranas que rodean el cerebro. En 2011, más de 900.000 personas se vacunaron en las campañas que realizó MSF en cinco regiones del país. Tratamos casi 3.500 casos y suministramos medicamentos para tratar otros tres mil. En Mandéla, en la región de Chari-Baguirmi, nuestro equipo utilizó por primera vez en Chad una nueva vacuna que protege frente a la enfermedad durante 10 años, cuatro veces más que la antigua vacuna.

Inestabilidad regional

La guerra en la vecina Libia agravó la situación de inestabilidad en Chad. En las provincias orientales continuaron las emboscadas, el secuestro de vehículos y el riesgo de secuestro. Algunos equipos de MSF tuvieron que reducir sus actividades debido al aumento del riesgo para la seguridad. A pesar de estas limitaciones, atendimos a 1.850 chadianos que huían de la violencia política en Libia y vacunamos a otros tres mil contra el sarampión.

Al finalizar 2011 MSF tenía 977 trabajadores en Chad, donde estamos presentes desde 1981.

Moussa*

12 años

"Cuando llegué al colegio no me encontraba bien. Me dolía la espalda. Ese día tenía un examen, pero me tumbé en un banco. El profesor me dijo que me levantara, pero no podía."

En casa, los dolores de Moussa fueron a más: le dolían las articulaciones, sobre todo los tobillos, las muñecas y el cuello. Tenía fiebre. Su madre lo llevó al hospital, donde le diagnosticaron meningitis.

La meningitis se trata con antibióticos. Si se hace a tiempo, las probabilidades de curación son altas. Pero si no se trata, solo el 50% de los afectados sobreviven, a menudo con graves secuelas, como sordera u otras discapacidades físicas.

Moussa dijo que las inyecciones eran muy dolorosas, pero que los médicos fueron amables y tuvieron mucho cuidado. Ingresó en el hospital, donde le administraron las inyecciones, trataron su deshidratación y controlaron la fiebre. Unos días después regresó a casa con su familia.

*Nombre ficticio.

CHINA



Un médico de MSF atiende a un paciente de VIH en la provincia de Guangxi.



Las inundaciones causaron graves daños y miles de desplazados en varias regiones. MSF participó en la respuesta de emergencia.

En China son frecuentes las emergencias causadas por fenómenos meteorológicos extremos. El país se ve sacudido varias veces al año por graves inundaciones, deslizamientos de tierras, tifones o terremotos. Aunque en los últimos diez años China ha mejorado su respuesta a los desastres naturales, sigue habiendo importantes carencias, sobre todo en la provisión de ayuda y alimentos a los más necesitados.

En 2011, MSF respondió a las importantes inundaciones que afectaron al centro y sur del país. Suministramos artículos de ayuda, como tiendas de campaña, lonas y kits de cocina, a 3.860 familias en la comarca de Xincheng y Gaosui (provincia de Guangxi), la comarca de Wangmo (Guizhou) y Baiyi (Sichuan).

Acceso desigual a la atención

La transición a una economía de mercado ha dado pie a importantes cambios en el sistema sanitario del país. La calidad de la atención se ha visto afectada por los intereses económicos y una menor financiación gubernamental. El uso de los servicios públicos se ha reducido, lo que se ha traducido en nuevos recortes. El efecto global de estos cambios ha sido el aumento del pago directo de la atención sanitaria, hasta el punto de que muchos ciudadanos no se lo pueden permitir, sobre todo en las zonas rurales pobres donde la renta familiar media no llega a los 475 dólares al año.

Los habitantes de las zonas rurales pobres emigran a las ciudades ricas en busca de trabajo, pero el complejo sistema de empadronamiento y la discriminación social dificultan su acceso a la sanidad. Y cuando lo logran, la calidad de la atención varía

enormemente en función de su situación socioeconómica.

Dificultades médicas

Los inmigrantes constituyen el 43% de la población de la ciudad de Guangzhou, en la provincia de Guangdong, es. Guangzhou también ha atraído en la última década a cientos de miles de inmigrantes africanos. En las ciudades, la seguridad social no cubre a los inmigrantes de las zonas rurales, que ven limitado su acceso a servicios públicos esenciales, como la educación o la salud.

Muchas inmigrantes se ganan la vida como trabajadoras sexuales. La falta de atención médica y el rápido crecimiento de la prostitución han llevado a un aumento espectacular de las infecciones de transmisión sexual (ITS). En 2010, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Guangzhou halló que una de cada cinco trabajadoras sexuales tenía alguna ITS. En 2012 MSF tiene previsto abrir en Guangzhou un proyecto de atención primaria orientado a las ITS.

Al finalizar 2011 MSF tenía 15 trabajadores de terreno en China, donde estamos presentes desde 1988.

COLOMBIA

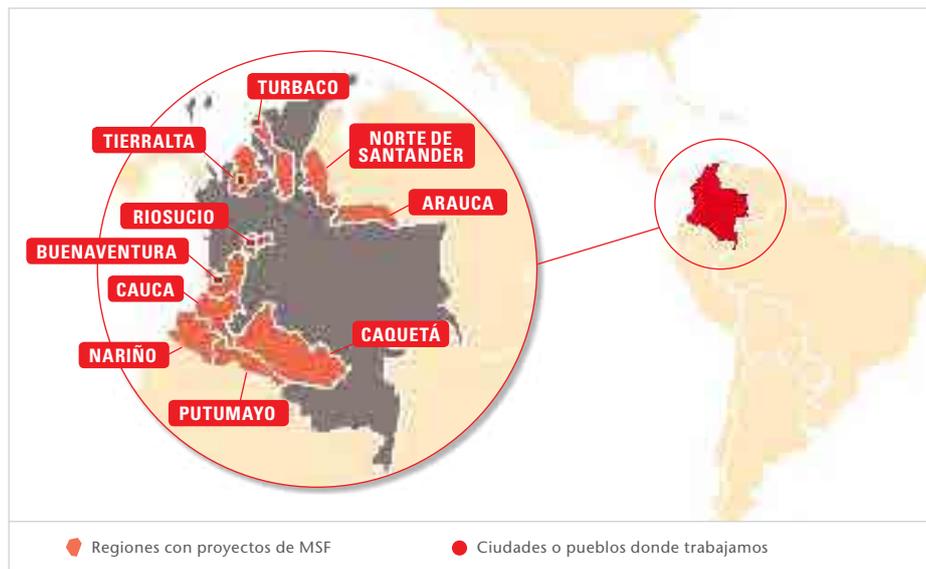
El conflicto armado ha tenido un gran impacto en la población. En las zonas afectadas por los combates apenas hay atención médica.

Los grupos guerrilleros continúan luchando contra las fuerzas gubernamentales y en muchas zonas han resurgido los grupos paramilitares. Se calcula que el conflicto ha desplazado a tres millones de personas, muchas de las cuales viven en situación de pobreza en las afueras de las grandes ciudades, mientras que una gran parte de las zonas rurales siguen siendo inseguras.

Asistencia a las comunidades rurales

En los departamentos meridionales de Caquetá, Nariño, Putumayo y Cauca, MSF abrió nuevas clínicas permanentes o semipermanentes para mejorar la calidad de la atención a la población que vive en las zonas de conflicto. Prestamos servicios de atención primaria, salud reproductiva, odontología, chequeos y vacunas para niños, así como un sistema de derivaciones urgentes. Nuestros dentistas realizan intervenciones esenciales para la salud y el bienestar de los pacientes, como las extracciones.

En el marco de nuestro proyecto de atención prenatal, empezamos a ofrecer asesoramiento y pruebas del VIH. Aunque sigue habiendo un gran estigma en torno al VIH, el servicio



de diagnóstico ha sido bien acogido por las mujeres embarazadas. A las que dan positivo les ofrecemos la prevención de la transmisión de madre a hijo.

Realizamos más de 54.200 consultas en las clínicas rurales de 53 localidades de estos cuatro departamentos, y en nuestros proyectos de salud mental en los hospitales municipales de Cauca y Caquetá atendimos a más de 1.600 personas traumatizadas por el conflicto.

A lo largo del año, realizamos 19 intervenciones de emergencia en las que proporcionamos asistencia médica y psicológica y servicios de agua y saneamiento a 4.800 personas.

La mayoría padecían enfermedades y trastornos ocasionados por el conflicto y el desplazamiento forzoso. Tras las inundaciones en Cauca, distribuimos kits de higiene, mantas y mosqueteras a 4.430 personas. Sin embargo, los problemas de seguridad nos impidieron acceder a 16 localidades.

En Turbaco (Bolívar) y Tierralta (Córdoba), prestamos atención primaria y psicológica a personas afectadas directamente por el conflicto. Realizamos más de 780 consultas de salud mental individuales y 53 grupales. Nuestros equipos móviles atendieron otras 9.000 consultas médicas. El proyecto se cerró en noviembre debido al número relativamente bajo de pacientes.

En su informe *Access to Health is Access to Life: 977 voices*, MSF aportó evidencias médicas de los obstáculos que afrontan los colombianos para acceder a una atención digna, sobre todo los que viven en las zonas rurales. El informe ilustra la necesidad de ampliar la atención sanitaria, tanto cualitativa como cuantitativamente, de forma que más gente pueda acceder a servicios gratuitos y los centros de salud dispongan de más medicamentos esenciales. También subraya la relación intrínseca entre el conflicto y la falta de acceso a la atención médica.

MSF fue invitada a presentar este informe y el de 2010, *Tres veces víctimas: Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Conflicto armado y salud mental en el departamento de Caquetá, Colombia*, en el Parlamento del país.



Una niña recibe tratamiento en una clínica de Buenaventura.



© Caroline Fernández

Prueba del Chagas a un bebé en una clínica de MSF.

Víctimas de la violencia sexual

En nuestra clínica en la ciudad de Riosucio (departamento de Chocó), ofrecemos servicios de salud mental y reproductiva y atendemos a víctimas de la violencia sexual. A lo largo del año, realizamos más de 3.900 consultas y actividades externas y de capacitación con maestros, personal sanitario y estudiantes de primaria para sensibilizarlos sobre los abusos sexuales.

Atención médica en Buenaventura

Muchísimos de los desplazados por la violencia en las costas del Pacífico buscan refugio en la ciudad de Buenaventura. Sin embargo, la proporción de personal médico en la ciudad es tres veces inferior a la media nacional. En 2011, MSF abrió aquí una segunda clínica y realizó más de 33.200 consultas. Ofrecimos una amplia gama de servicios, desde urgencias a atención médica y psicológica a las víctimas de la violencia sexual, atención primaria, atención prenatal y postnatal, planificación familiar, vacunación y tratamiento de la desnutrición aguda. Unos 360 pacientes de tuberculosis, en 42 casos multirresistente, iniciaron el tratamiento.

También llevamos a cabo actividades de promoción de la salud y vacunación en unos 15 barrios. En varias zonas, ayudamos a los residentes a establecer suministros de agua potable.

Tratamiento del Chagas

El Chagas es una enfermedad parasitaria endémica que al cabo de los años causa problemas crónicos de salud y, si no se trata, problemas cardíacos mortales. En Colombia apenas se trata. En colaboración con el Ministerio de Sanidad, MSF ha elaborado los protocolos del tratamiento de la enfermedad. En 2011, nuestros equipos móviles en Norte de Santander y el municipio de Tame (Arauca) ofrecieron la prueba de diagnóstico y tratamiento. Atendimos a más de 2.000 niños de entre nueve meses y 18 años: 41 iniciaron el tratamiento en Tame, y en 2012 harán otro tanto los dos niños de Norte de Santander que dieron positivo. Dado el número relativamente bajo de casos detectados, cerramos el proyecto en noviembre.

Al finalizar 2011 MSF tenía 361 trabajadores en Colombia, donde estamos presentes desde 1985.

Cristóbal*

9 años

Cristóbal llegó a Florencia hace dos años, pero le cuesta adaptarse. Echa de menos el río que había cerca de su antigua casa, cabalgar por el bosque, la leche, el queso y los buenos alimentos. También a su maestro, sus amigos y los juegos con que solían divertirse por las tardes. Lloro cuando recuerda como un grupo armado asesinó a su padre a escasos metros de su casa después de acusarle de apoyar a un bando rival.*

Cristóbal recibe atención en un proyecto de salud mental de MSF pero, al igual que otros muchos chavales de Caquetá y otras partes de Colombia, vive en un entorno que le es extraño, traumatizado y luchando por recuperarse de una tragedia inenarrable.

**El nombre del paciente y de la ciudad se han cambiado.*

COSTA DE MARFIL

La escalada del conflicto que estalló tras las elecciones presidenciales de noviembre de 2010 derivó en guerra abierta cuatro meses después.

Según Naciones Unidas, murieron más de mil personas. El incendio de muchos pueblos provocó cientos de miles de desplazados. Algunos se refugiaron en campos o huyeron a Liberia, mientras que otros no buscaron ayuda por miedo y se escondieron en el monte.

Debido al conflicto, muchas de las instalaciones de salud del país cerraron. MSF operó clínicas móviles y reforzó hospitales y centros de salud en Abiyán y en el oeste del país, escenario de los combates más encarnizados.

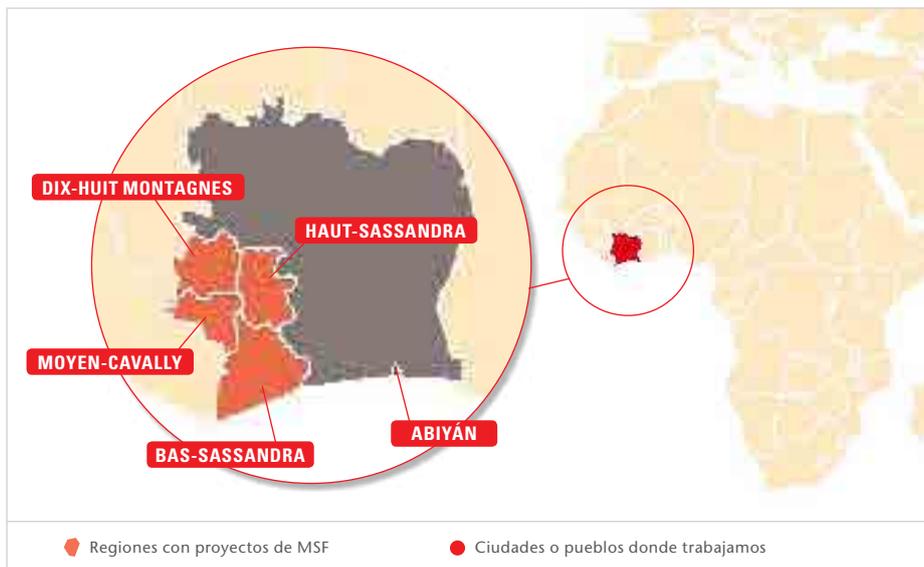
Regiones occidentales

En las regiones occidentales de Moyén-Cavally y Dix-huit Montagnes, las instalaciones sanitarias que se salvaron de la destrucción no tenían suministros o personal suficiente. Muchos de los desplazados por la violencia carecían de acceso a servicios médicos. A principios de enero, MSF empezó a prestar asistencia médica en la localidad de Duékoué. Tratamos de urgencia a unos 4.600 pacientes y asistimos más de 1.480 partos. Nuestras clínicas móviles y un centro de salud de la zona atendieron unas cien mil consultas.

En marzo empezamos a reforzar el hospital del departamento de Guiglo, donde también operamos clínicas móviles. Realizamos más de 77.000 consultas. Abrimos sendos proyectos en Bloléquin, al oeste, y en Taï, más al sur, en septiembre y diciembre, respectivamente. Hospitalizamos a casi mil personas.

También operamos clínicas móviles en las localidades de Man, Zouan-Hounien y Toulépleu y los alrededores, donde atendimos más de 33.000 consultas. Entre julio y septiembre ingresamos a más de 300 niños en nuestro programa de nutrición en Man. En Bin Houye, al norte de Toulépleu, reabrimos un centro de salud de 15 camas y dispensamos atención urgente a 175 pacientes.

En Bangolo, en marzo, nuestro equipo quirúrgico practicó 147 intervenciones, más del 70% de las cuales fueron por heridas



de bala. Unos 470 pacientes recibieron apoyo psicológico. También operamos clínicas móviles en las inmediaciones, donde atendimos a unos cinco mil pacientes.

En mayo pusimos en marcha proyectos médicos más al este, en las ciudades de Tabou y Daloa, en los que realizamos más de 80.000 consultas.

Abiyán

El 28 de febrero abrimos el hospital de Abobo Sur, situado en la línea del frente, en Abiyán. Nuestros cirujanos trabajaron día y noche. Entre mediados de abril y finales de agosto realizaron más de 2.200 intervenciones. Unos 3.890 pacientes

fueron ingresados en urgencias, mientras que en los demás departamentos asistimos más de 4.100 partos y atendimos unas 20.250 consultas. La afluencia de pacientes aumentó a medida que remitía la violencia: se formaron colas desde las 4 de la madrugada. Para reducir la carga del hospital, MSF empezó a trabajar en ocho centros de salud y otros dos hospitales en el norte de la ciudad, Anyama y Houphouët Boigny.

En el sur, el hospital de Koumassi fue el primer centro de salud que reanudó sus actividades. Ofreció atención gratuita a una población de 600.000 habitantes. Reforzamos al personal del hospital y



Un herido de bala en el hospital de Bangolo, en la provincia de Dix-huit Montagnes.



© Peter DiCampo

En la clínica de Nanan Yamouso de Abiyán curamos heridas y practicamos intervenciones quirúrgicas.

atendimos más de 19.800 consultas entre abril y mayo. Un mes después habilitamos una unidad de tratamiento del cólera en el hospital en respuesta al aumento del número de casos. Montamos otra unidad en el campo de desplazados del que provenían la mayoría de los pacientes de cólera y organizamos la descontaminación de las zonas afectadas por la enfermedad.

En Treichville, MSF donó al hospital medicamentos esenciales y material médico y abrió un centro de traumatología en la clínica de Nanan Yamouso. Poco después empezamos a ofrecer servicios gineco-obstétricos. Atendimos más de 750 urgencias y practicamos más de 470 operaciones. En junio, debido al aumento de pacientes, trasladamos nuestras actividades al hospital general de Port-Bouët, al este de Treichville.

En este centro renovamos dos quirófanos y aumentamos la capacidad del departamento de hospitalización a 120 camas. Atendimos más de cuatro mil consultas urgentes, realizamos 1.300 intervenciones quirúrgicas y asistimos 1.250 partos. Handicap International colaboró en la rehabilitación de los pacientes operados. Además, entre

mayo y julio reforzamos seis centros de salud de los alrededores, donde realizamos más de 17.700 consultas. También habilitamos una unidad de tratamiento del cólera que atendió a 84 pacientes.

En abril, después de que los combates en Yapougon, en el oeste de la ciudad, impidieran el acceso al hospital general Attié, nos hicimos cargo de las urgencias del centro. En poco más de un mes atendimos unas 22.270 consultas. Unas 950 personas, 169 con heridas de bala o metralla, tuvieron que ser operadas. También habilitamos una clínica móvil en una iglesia cercana en la que se habían refugiado más de mil personas.

Una vez que disminuyó la violencia y la gente empezó a volver a sus casas, el acceso a la atención sanitaria mejoró paulatinamente en todo el país, por lo que empezamos a traspasar las actividades al Ministerio de Sanidad y otras ONG.

Al finalizar 2011 MSF tenía 646 trabajadores en Costa de Marfil, donde operamos por primera vez en 1990.

Charles*

72 años

“El lunes 28 de marzo estaba en casa, pues soy mayor y estoy jubilado, cuando de repente entró un grupo de hombres armados que me llevaron a la carretera. Allí me tumbaron, me rociaron con gasolina y me prendieron fuego. Sufrí quemaduras en un pie y en la ropa. Al día siguiente, alguien me trajo al hospital en un ciclomotor.

“Más tarde llegó el resto de mi familia. Nuestra casa fue incendiada y destruida. No nos queda nada. Hemos perdido la cosecha. Se lo llevaron todo.

“Necesito curarme el pie, pero cuando salga del hospital, ¿qué voy a hacer? ¿Adónde voy a llevar a mi familia? Tiemblo de solo pensar en volver a mi pueblo. Me da igual quién sea el presidente, Paul o Joe. Tan solo quiero me dejen en paz.”

*Nombre ficticio.

EGIPTO



© MSF

Un niño es atendido por un enfermero antes de que lo vea el médico.



Durante la revolución egipcia, MSF apoyó al personal médico que atendía a los heridos ofreciendo asistencia y suministros.

experiencia en situaciones de conflicto ofreció formación en la respuesta a las necesidades médicas de un gran flujo de personas en poco tiempo y estableció sistemas adicionales de preparación para emergencias.

Cuando los enfrentamientos entre los manifestantes y las fuerzas de seguridad se recrudecieron en noviembre, MSF distribuyó medicamentos esenciales y material médico-quirúrgico en cuatro hospitales de El Cairo y otro en Suez.

Gracias a nuestra colaboración con los médicos voluntarios egipcios durante la revolución, existe ahora un grupo de personal médico preparado para responder a nuevas emergencias en el país. MSF tiene previsto continuar con esta formación.

Respuesta de emergencia en Libia

En febrero, el personal de MSF en Egipto reforzó la respuesta médica al conflicto en el este de Libia. Reunimos y enviamos material médico y dimos apoyo a los equipos médico y logístico.

Próximos proyectos de salud

En 2011 MSF se registró oficialmente en Egipto, lo que nos permitirá desarrollar nuevos proyectos. Nuestros equipos sopesan atender a los habitantes de algunos de los barrios más desfavorecidos de El Cairo y apoyar el tratamiento de la tuberculosis multirresistente y la hepatitis C.

Al finalizar 2011 MSF tenía siete trabajadores en Egipto, donde estamos presentes desde 2010.

Egipto tiene un sistema sanitario solvente y médicos y profesionales de la salud cualificados, pero las necesidades médicas durante la crisis política de enero y febrero de 2011 superaron su capacidad de respuesta.

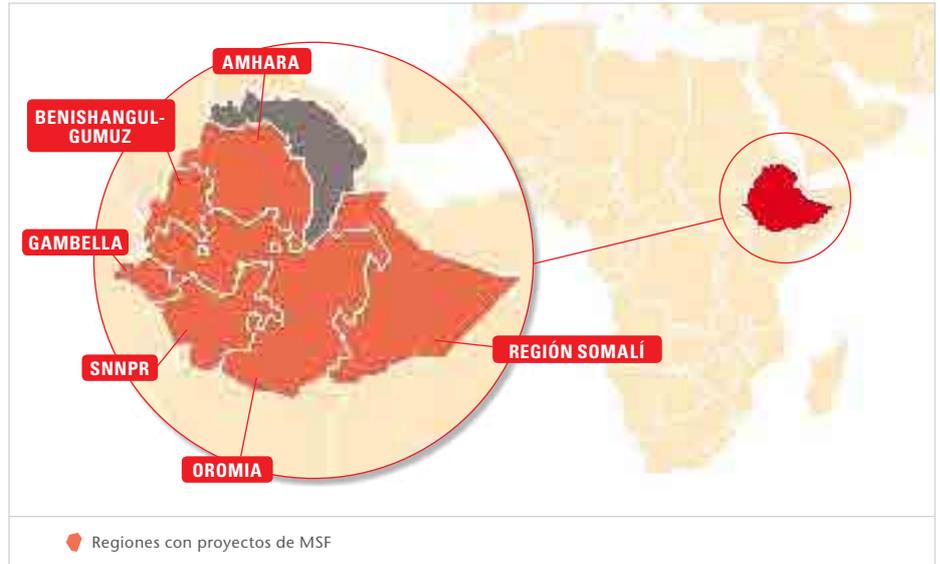
Los equipos de MSF donaron material médico a tres hospitales de El Cairo. También reforzamos la atención en una clínica improvisada en una mezquita próxima a la plaza Tahrir, punto neurálgico de las protestas. Personal de MSF con

ETIOPÍA

En 2011, el foco de las actividades de MSF en Etiopía fue la respuesta a la crisis nutricional en el Cuerno de África y la atención médica de los habitantes de las zonas más remotas del país.

En la frontera con Somalia, MSF amplió a gran escala sus actividades debido a la gravísima crisis nutricional. La sequía, el colapso del sistema sanitario y el violento conflicto somalí provocaron la llegada de más de 120.000 refugiados a los campos de la zona de Liben. Para atender sus necesidades se ampliaron los servicios en los dos campos existentes y se abrieron otros tres campos. En el punto álgido de la crisis, en julio, cada día cruzaban la frontera en Dolo Ado 3.000 nuevos refugiados. MSF montó una unidad de examinación médica en el punto de acogida de los refugiados, donde les ofrecimos atención primaria y apoyo nutricional. Utilizamos todos los medios posibles, hasta carros tirados por burros, para atender a quienes no podían acudir a nuestra unidad. En los campos gestionamos los proyectos de nutrición junto con el Gobierno etíope, la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y otras organizaciones.

En total, ingresamos en esos proyectos de nutrición a más de 31.600 niños, vacunamos a más de 53.000 personas contra el sarampión y atendimos más de 61.000



consultas. Al finalizar el año, la tasa de mortalidad había vuelto a niveles normales, a pesar de que los campos seguían albergando a decenas de miles de refugiados necesitados de ayuda humanitaria.

Atención a las poblaciones marginadas

En la región Somalí del país, seguimos atendiendo a la población afectada por el conflicto de Ogadén en aquellos lugares que no disponían siquiera de los servicios de salud más básicos.

Desde hace cuatro años, en Degehabur, donde los combates entre las fuerzas gubernamentales y los insurgentes afectan al acceso a la salud, reforzamos el hospital regional con multitud de servicios, desde atención ambulatoria y hospitalaria hasta

proyectos de nutrición, salud sexual y reproductiva, tratamiento de la malaria y la tuberculosis (TB) y asistencia a las víctimas de la violencia. Atendimos casi 4.000 consultas prenatales y 519 partos. También curamos a más de 230 heridos y realizamos 270 intervenciones quirúrgicas.

En la localidad de Wardher ampliamos nuestros servicios. Operamos nuevos emplazamientos "satélite" y clínicas móviles y efectuamos 136 visitas a diez localidades. Realizamos más de 67.000 consultas en comunidades aisladas. En el hospital de referencia regional, donde MSF ofrece servicios de maternidad y tratamiento de la malaria y la TB, ingresaron más de 1.250 personas.

Más al suroeste, en los distritos de Imey Oriental y Occidental, MSF realizó una media de 3.000 consultas médicas al mes y ofrecimos servicios de maternidad, apoyo nutricional y vacunaciones. También tratamos a más de 300 pacientes de TB. En total, nuestro personal en Imey Oriental y Occidental atendió a más de 35.000 pacientes.

Apoyo nutricional en Oromia y en la SNNPR

En la región de Oromia, 300 kilómetros al este de la capital, la población depende de unas cosechas que suelen ser malas. MSF reforzó a 54 clínicas móviles de nutrición del Ministerio de Sanidad, 30 en Arsi y 24 en Anchar, para garantizar que los niños y mujeres con desnutrición recibían el tratamiento adecuado, así como el suministro de medicamentos y alimentos terapéuticos. En total, los proyectos de nutrición terapéutica y complementaria de MSF en Oromia inscribieron a más de 4.000 pacientes. MSF fue traspasando sus programas al Ministerio de Sanidad a medida



Un refugiado somalí recibe la vacuna contra la poliomielitis en un centro de acogida en Liben.



© Michael Tsegaye

Los refugiados somalíes pasan un reconocimiento médico al llegar al centro de acogida en Liben.

que descendían los niveles de desnutrición, proceso que finalizó formalmente en febrero de 2012.

En septiembre, pusimos en marcha actividades nutricionales en los distritos de Bensa y Aroessa, en la zona de Sidama de la Región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur (SNNPR). Al igual que en Oromia, reforzamos las clínicas móviles de nutrición y tratamos a los niños con desnutrición severa en los centros de nutrición intensiva.

Enfermedades olvidadas

En la ciudad norteña de Abdurafi, en la región de Amhara, nuestro foco es el kala azar o leishmaniasis visceral, una enfermedad parasitaria crónica y potencialmente mortal. Muchos de los pacientes de este proyecto están coinfectados con el VIH. Con unas 600 personas en tratamiento antirretroviral, 1.100 más en otros proyectos relacionados con el VIH y una media de 600 en tratamiento del kala azar al año, MSF siguió demostrando que es posible tratar eficazmente a los pacientes en contextos faltos de recursos.

En Gondar, Bahir Dar y Adis Abeba, más de 11.000 personas visitaron nuestras exposiciones fotográficas sobre el kala azar, en las que destacamos la especial vulnerabilidad de los trabajadores inmigrantes. En 2012, MSF tiene previsto continuar con el tratamiento de pacientes de kala azar en el noroeste de la región

de Amhara y la investigación de mejores opciones de tratamiento.

A mediados de 2011, la región de Amhara sufrió una epidemia de sarampión, potencialmente mortal para quienes no están vacunados. Entre septiembre y octubre, tratamos a más de 5.000 pacientes y vacunamos a unos 34.400 niños entre los nueve meses y los cinco años de edad.

Atrapados entre dos mundos

Los combates locales y regionales en Sudán del Sur empujaron a muchas personas a establecerse en la región de Gambella, en el extremo occidental de Etiopía, donde viven los nuer. En los últimos años se han agravado los choques intertribales, que derivan en violentos robos de ganado a uno y otro lado de la frontera. En 2011, atendimos más de 35.000 consultas en el centro de salud de Mattar y otras 17.000 en clínicas móviles. Unos 1.200 pacientes fueron hospitalizados, y el personal de maternidad asistió una media de 17 partos al mes.

En noviembre de 2011, los combates entre el ejército sudanés y el Movimiento de Liberación del Pueblo de Sudán-Norte en el Estado del Nilo Azul obligaron a muchas personas a huir a la región etíope de Benishangul-Gumuz. Unos 25.000 refugiados sudaneses registrados viven en los campos de Sherkole, Tongo y Adamazin, y las comunidades locales han acogido otros miles. En dos de los campos gestionamos

los centros de salud y realizamos actividades de proximidad, así como derivaciones hospitalarias. La autoridad responsable de los refugiados y repatriados sigue obstaculizando el acceso a los demás campos, por lo que hemos establecido proyectos médicos en los alrededores.

Al finalizar 2011 MSF tenía 1.396 trabajadores en Etiopía, donde estamos presentes desde 1984..

Aden Abdi

28 años y cuatro hijos, campo de refugiados de Boqolmayo.

"Llegué hace unos días desde Wajid, en Somalia. Tardamos diez días en alcanzar Etiopía, pues hicimos el viaje a pie. No teníamos dinero para pagar un transporte. Estoy en el centro de salud porque mi hija está muy mal. MSF la está tratando. Salí de Somalia por la sequía y el conflicto. Soy agricultor, pero debido a la escasez de lluvia en los dos últimos años no podía dar de comer a mi familia y nos vimos obligados a huir. La sequía mató a mis camellos, cabras y ovejas. Espero regresar a mi tierra cuando vuelva a llover. Pero no creo que vaya a ser pronto."

FILIPINAS



A finales de septiembre, los tifones Nesat y Nelgae causaron graves inundaciones y daños en Luzón, la isla más importante del país.

atención médica. Trataron a quienes sufrían infecciones respiratorias agudas y a niños desnutridos. También pudieron seguir de cerca los brotes de diarrea acuosa aguda y leptospirosis, una infección bacteriana grave que se contrae por el consumo de agua contaminada.

Además atendieron a pacientes de enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión, cuyo tratamiento se había interrumpido. Quienes necesitaban atención médica especializada fueron transferidos al hospital provincial en las ambulancias del Ministerio de Salud.

En el suroeste de la provincia, las inundaciones dañaron el hospital del distrito de Calumpit. Nuestro equipo colaboró con las autoridades sanitarias locales en la rehabilitación del hospital y donó medicamentos y material.

También distribuyeron 20.000 litros de agua potable y 2.450 bidones de agua en tres distritos. Para prevenir la proliferación de enfermedades, ayudó en la eliminación de residuos. Al cabo de dos semanas la situación había mejorado enormemente, por lo que el equipo se retiró de Bulacán.

Al finalizar 2011 MSF tenía dos trabajadores en Filipinas, donde operamos por primera vez en 1987.

Un equipo de emergencias de MSF, formado por médicos, enfermeros y logistas, comprobó que seis zonas de tierras bajas de la provincia central de Bulacán, muy afectada por las inundaciones, necesitaban asistencia sanitaria. El equipo puso en marcha clínicas móviles y atendió más de 2.600 consultas en Bulusán, Meyto, Panducot, San José, Santa Lucía y Sapang Bayan.

Nuestro personal se desplazó en barco y coche para acceder a los más necesitados de



FRANCIA



© Yoanis Mergé

El centro de MSF en París dispensa atención médica y psicológica a personas con dificultades para acceder a la sanidad pública.



En el centro médico y psicológico de MSF en París atendemos a refugiados que en su mayoría han huido de conflictos en Afganistán, Chechenia o Sri Lanka y padecen diversos problemas de salud. Muchos de los que acuden al centro han vivido experiencias muy traumáticas, entre ellas el exilio.

Nuestro principal objetivo es ayudar a los más marginados, que carecen de permiso de residencia en el país y no hablan francés. En el centro trabajan psicólogos, trabajadores sociales, médicos y enfermeros que ofrecen una amplia gama de servicios a los pacientes. Atendimos 6.300 consultas y a 200 nuevos pacientes por problemas de salud mental.

La inmensa mayoría de los mil pacientes que visitaron nuestros médicos y enfermeros en 2011 duerme en la calle o en alojamientos temporales y carece de seguro de enfermedad. Durante todo el año, y para mejorar aún más su acceso a la asistencia sanitaria, enfermeros de MSF empezaron a operar clínicas semanales en tres albergues gestionados por la ONG francesa Emmaüs.

Al finalizar 2011 MSF tenía 30 trabajadores de terreno en Francia, donde ofrecemos atención médica desde 1987.

La crisis económica complica el acceso de los inmigrantes a la atención sanitaria. Cada vez se cuestionan más sus derechos y los de solicitantes de asilo y extranjeros enfermos.

GEORGIA



El kala azar (leishmaniasis visceral) es una enfermedad parasitaria que se transmite a humanos y animales por la picadura de un tipo de mosca de arena. Aunque no se sabe exactamente por qué ha aumentado su incidencia en Georgia, se han apuntado como posibles explicaciones la deforestación y el gran éxodo del campo a la ciudad. Los síntomas del kala azar son fiebre, pérdida de peso, anemia y dilatación del hígado y bazo. Es mortal si no se trata.

En Tiflis, MSF ha puesto en marcha junto con el Hospital de Parasitología de la ciudad un proyecto de lucha contra el kala azar. Formamos sobre el diagnóstico y la atención de la enfermedad al personal del hospital, que

La mayoría de casos de kala azar, cuya incidencia aumenta en el país, se dan en núcleos urbanos, como la capital, Tiflis.

después gestiona el proyecto y el tratamiento de los pacientes. En 2011 ingresaron en el proyecto más de 130 pacientes, entre el 70% y el 80% niños.

MSF ha introducido una prueba de diagnóstico rápido, más barata y menos complicada e invasiva que los métodos anteriores, que precisaban una biopsia de la médula ósea. También ha implementando un nuevo régimen de tratamiento basado en la anfotericina B liposomal que dura tan solo diez días y no los 30 de antes.

Tuberculosis

Aunque ha bajado, la tasa de mortalidad por tuberculosis (TB) sigue siendo alta en el país, debido en gran medida a la incidencia de la TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB). MSF trata a pacientes con distintos tipos de TB resistente a los fármacos en la República Autónoma de Abjasia.

La MDR-TB, muy contagiosa, se transmite por el aire cuando una persona infectada tose

o estornuda. Los pacientes de TB también pueden desarrollarla cuando se vuelven resistentes a dos o más de los medicamentos habituales para la TB, ya sea por una mala administración o un uso incorrecto de la medicación. El tratamiento es muy duro, ya que puede durar hasta dos años y tiene graves efectos secundarios.

En junio de 2010, once años después de poner en marcha nuestro proyecto de TB en Abjasia, decidimos traspasarlo a las autoridades sanitarias. Para preparar el traspaso, en 2011 ayudamos a rediseñar y reforzar el proyecto. También seguimos ofreciendo educación sanitaria y asesoramiento a los pacientes para mejorar su adherencia al tratamiento. Desde enero de 2010, 208 personas han iniciado el tratamiento de la TB.

Al finalizar 2011 MSF tenía 72 trabajadores en Georgia, donde estamos presentes desde 1993.



Pruebas de laboratorio en el proyecto de la tuberculosis de Georgia.

GRECIA



Durante los nueve primeros meses de 2011 llegaron a la frontera griega unos mil inmigrantes al día, muchos necesitados de atención médica.



Un inmigrante recibe tratamiento médico en una comisaría de Evros.

El río Evros, en la frontera greco-turca, es el principal punto de entrada de inmigrantes sin papeles en Europa. En 2011 se reforzó el control con una valla a lo largo de la frontera en el norte y el despliegue en el noreste de un equipo de Frontex, la Agencia de Fronteras de la UE. El resultado fue que el número de inmigrantes llegados al norte de la región de Evros se redujo casi a la mitad con respecto a 2010, aunque se triplicó en el sur.

La policía detiene a los inmigrantes nada más entrar en Grecia. Les toma los datos y les entrega una orden de expulsión. Muchos se entregan voluntariamente, ya que necesitan la orden de expulsión para poder comprar los billetes de tren o autobús y continuar su viaje.

Condiciones deplorables

En 2010 MSF empezó a proporcionar artículos de ayuda y atención médica en las comisarías de Ferres, Soufli y Tycheron y denunció la grave situación de los inmigrantes y solicitantes de asilo en los centros de detención.

En 2011 las condiciones de higiene y saneamiento seguían siendo malas. El número de personas obligadas a compartir letrina casi cuadruplicó el nivel de emergencia. No se facilitaba a los detenidos artículos de primera necesidad, como utensilios de cocina, jabón o mantas, ni información o asesoramiento legal. El Ministerio de Sanidad ofrecía atención médica básica y solo de manera intermitente, y en los centros de detención no había control ni seguimiento médico alguno. MSF denunció una y otra vez estos problemas.

Cuando el Ministerio de Sanidad empezó a atender directamente las necesidades médicas, MSF traspasó sus actividades. Sin embargo, en agosto, el Ministerio de Sanidad suspendió su trabajo por falta de fondos, por lo que MSF volvió a ofrecer atención médica y servicios de agua y saneamiento en cinco centros de detención. Cuando el Ministerio de Sanidad reanudó sus operaciones en octubre, MSF procedió a realizar un segundo traspaso.

De enero a abril y de agosto a septiembre, nuestros equipos realizaron 2.700 consultas y más de 170 sesiones de apoyo psicológico. En Filakio distribuimos artículos de primera necesidad, como sacos de dormir, kits de aseo, toallas, cepillos de dientes y ropa. También reparamos los baños atascados y las ventanas rotas, desinfectamos las celdas y dimos a los detenidos productos para que pudieran limpiarlas.

Vulnerables y sin techo

En un intento de reducir el hacinamiento, las autoridades griegas decidieron no retener a los inmigrantes más de uno o dos días. Pero sin medios para continuar su viaje o pagar alojamiento, muchos, entre ellos niños pequeños y mujeres embarazadas y niños, terminaron durmiendo junto a las comisarías y centros de detención a pesar del frío. Nuestros equipos les entregaron regularmente sacos de dormir, ropa de abrigo y jabón.

Al finalizar 2011 MSF tenía tres trabajadores de terreno en Grecia, donde ofrecemos atención médica desde 2008.

Charles*

27 años

"Soy de Costa de Marfil. Mi padre se las arregló para que mis dos hermanos y yo pudiéramos salir del país porque nuestras vidas corrían peligro. En Turquía perdí a mis hermanos. Ahora no sé dónde están.

"Crucé el río en una pequeña barca. Mi amigo remaba y le golpeó una rama de árbol. Cayó al agua y se ahogó. Sacamos el cuerpo del agua, lo dejamos en la orilla y nos marchamos.

"Después nos arrestaron y nos trajeron a esta comisaría fronteriza. Llevo aquí 45 días. Oí que me habían registrado como nigeriano. No sé por qué. He hablado muchas veces con los policías, también con el jefe, pero nadie me da una explicación. No sé dónde están mis hermanos. He intentado llamar a mi padre dos veces, pero no contesta. Quizá haya muerto. No puedo quedarme aquí más tiempo. Ayúdeme, por favor."

*Nombre ficticio.

GUATEMALA



El centro de salud de la zona 7 de Ciudad de Guatemala ofrece tratamiento y apoyo a las víctimas de la violencia sexual.

© Natacha Bühler/MSF



En Ciudad de Guatemala, MSF ofrece junto con el Ministerio de Sanidad un servicio de urgencias de 24 horas a víctimas de agresiones sexuales.

De enero a noviembre de 2011 se registraron en Guatemala casi cuatro mil casos de violencia sexual, aunque es probable fueran muchas más pues una gran parte de estas agresiones no se denuncian.

En Ciudad de Guatemala, MSF mejora el acceso de estas víctimas a los servicios médicos y de salud mental desde 2007. Trabajamos en el departamento de urgencias del hospital general y en las clínicas de los barrios más afectados por la violencia sexual. También ofrecemos atención médica en el Ministerio de Justicia, donde se denuncian las agresiones sexuales.

En 2011 prestamos atención médica y psicosocial a casi 780 nuevas pacientes. Realizamos más de 1.270 consultas médicas y unas 1.500 psicológicas de seguimiento con pacientes que sufren estrés posttraumático grave, ansiedad y otros trastornos.

En el marco de nuestra atención, proporcionamos medicamentos que, tomados en las 72 horas posteriores a la agresión, reducen la probabilidad de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En 2011, un 61% de las pacientes buscaron asistencia dentro de este plazo.

Aun así, muchas guatemaltecas desconocen que los efectos físicos y psicológicos de la violencia sexual se pueden tratar. Las víctimas suelen recibir poco apoyo. Además de brindar servicios médicos, MSF realiza actividades de sensibilización con las autoridades, la comunidad médica y la sociedad en general para explicarles que la violencia sexual es una urgencia y que es preciso buscar atención médica lo antes posible tras una agresión.

Apoyo al nuevo protocolo de atención a las víctimas de la violencia sexual

En los últimos años ha habido algunos avances positivos en la política y las prácticas oficiales con respecto al tratamiento de las víctimas de violencia sexual. En septiembre de 2010, el Ministerio de Sanidad adoptó un protocolo nacional que facilita el acceso de estas personas a la atención sanitaria. En junio de 2011, MSF fue invitada a participar en

Daniela* 17 años,
y **Maria***, su madre.

Daniela: "Me ha sido muy difícil superar la violación. Quedé embarazada muy joven y tuve que dejar los estudios y otras muchas cosas. Las sesiones de psicoterapia me ayudan a encontrar alivio y consuelo. Intento ver la vida de otra manera y seguir adelante... La gente no comprende la violencia sexual ni conoce su magnitud en Guatemala y, cuando la ven, nos juzgan a nosotras, las víctimas."

Maria: "La psicoterapia ha ayudado mucho a Daniela. Yo también tuve la oportunidad de participar en una sesión de terapia de grupo. Antes ni siquiera sabía cómo reaccionar. Nos ha ayudado a toda la familia, porque la violación de Daniela nos ha afectado a todos."

*Nombres ficticios

la difusión del protocolo en varios centros de salud.

A principios de 2011 empezamos a traspasar los servicios de dos clínicas de la ciudad al Ministerio de Sanidad, aunque seguimos supervisando la atención prestada a las víctimas de la violencia sexual. En 2012 proseguiremos el traspaso de nuestras actividades y el seguimiento de la aplicación del protocolo de atención a estas personas.

Lluvias torrenciales e inundaciones

El cambio climático ha aumentado aún más el riesgo de catástrofes naturales en Guatemala. A mediados de octubre, una tormenta tropical causó inundaciones y daños en los departamentos de la costa del Pacífico. MSF distribuyó mantas, colchones y kits de aseo a mil familias del departamento de Escuintla.

Al finalizar 2011 MSF tenía cuarenta trabajadores en Guatemala, donde estamos presentes desde 1984.

GUINEA-CONAKRY



El club de baloncesto juvenil de Guéckédou informa sobre la transmisión y prevención de la malaria.



Los grandes problemas del sistema sanitario del país son su cobertura desigual y la escasez de medicamentos y material, cuyo suministro es además ineficiente.

la capital, y Guéckédou, en el sur. También reforzamos la atención a los pacientes de VIH en cinco centros de salud del distrito de Matam de Conakry, sobre todo el VIH pediátrico y la prevención de la transmisión de madre a hijo.

Atención materno-infantil

Desde 2009, gestionamos un proyecto materno-infantil en Matam junto con las autoridades sanitarias. La población del distrito es de 242.000 habitantes, entre ellos 43.600 menores de cinco años. Nuestro objetivo es mejorar la calidad y accesibilidad de la atención sanitaria, sobre todo para los más vulnerables a la enfermedad.

Un total de 65 promotores de salud sensibilizan a la comunidad sobre cuestiones de salud y animan a las embarazadas a buscar atención prenatal y médica para ellas y sus hijos más pequeños. En 2011, MSF realizó más de 47.000 consultas materno-infantiles en tres centros de salud.

Malaria

La malaria es la principal causa de hospitalización en el país. Es hiperendémica, es decir, su incidencia es alta durante todo el año, aunque las mayores tasas de transmisión se dan durante la temporada de lluvias, de abril a noviembre.

En junio de 2010 pusimos en marcha un proyecto de malaria en Guéckédou con el objetivo de reducir la transmisión y mejorar el tratamiento. Ofrecemos nuestros conocimientos a 16 instalaciones públicas de salud (un hospital, seis centros de salud y nueve clínicas) y formamos al personal del Ministerio de Sanidad. También hemos capacitado a unos 45 trabajadores de salud comunitarios para diagnosticar y tratar casos sencillos de malaria en sus pueblos casos. En 2011, MSF trató a más de 55.000 pacientes de malaria.

Al finalizar 2011 MSF tenía 283 trabajadores en Guinea-Conakry, donde estamos presentes desde 1984.

El programa nacional para el VIH no está dotado con fondos suficientes y apenas funciona. La aprobación en 2007 de la distribución gratuita del tratamiento antirretroviral (ARV) no se ha hecho efectiva. Los pacientes aún tienen que pagar los medicamentos, las pruebas de laboratorio y el seguimiento médico. Muchos se quedan sin la atención que necesitan al no poderse la permitir.

Si bien la prevalencia del VIH es baja comparada con la de otros países del África subsahariana, la falta de inversión en atención y la estigmatización y discriminación de la que son objeto los pacientes hacen del VIH un problema muy grave en Guinea-Conakry.

Al final de 2011, MSF proporcionaba el tratamiento ARV a 7.440 personas en Conakry,

HAITÍ

Al final de 2011, casi dos años después del terremoto, casi medio millón de haitianos seguían sin techo y viviendo en condiciones insalubres. La reconstrucción del sistema sanitario requiere una gran inversión.

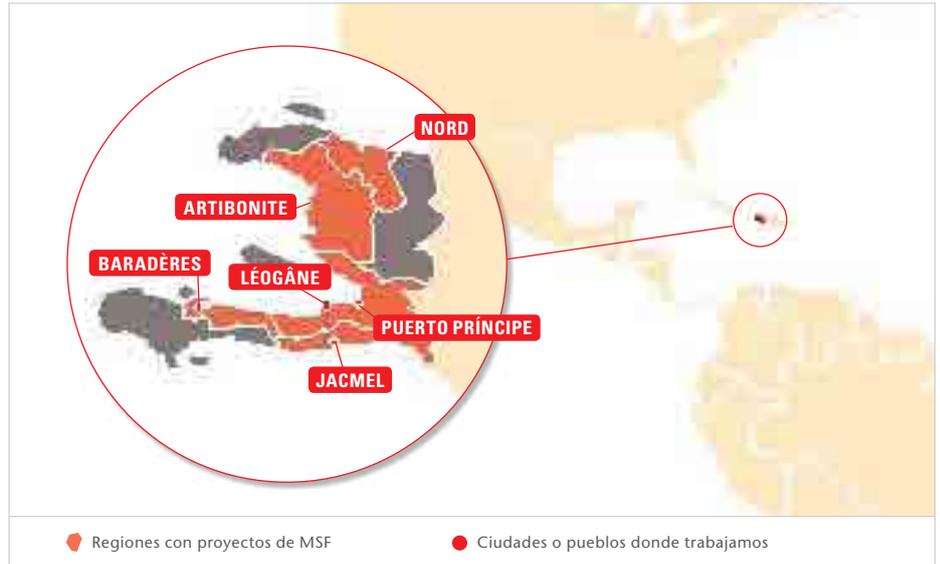
MSF siguió respondiendo a la epidemia de cólera y prestando atención médica especializada en Puerto Príncipe y Léogâne.

Epidemia de cólera

Entre octubre de 2010 y el final de 2011, el cólera afectó a 520.000 personas y mató a más de siete mil. Durante estos catorce meses, MSF trató a unas 170.000 personas con síntomas de cólera en 50 instalaciones sanitarias de todo el país.

En el departamento Norte, MSF abrió 19 centros de tratamiento y 90 puntos de rehidratación. Tratamos a más de 31.700 pacientes. En los primeros meses del año, cuando empezó a estabilizarse el número de nuevos casos, iniciamos el traspaso de nuestras actividades. Antes de retirarnos del departamento en octubre, impartimos formación y dimos apoyo logístico al personal del Ministerio de Sanidad durante seis meses.

Tratamos a pacientes de cólera en otras partes de Haití, sobre todo quienes padecían complicaciones relacionadas con el embarazo



o enfermedades crónicas. En mayo, con la llegada de la estación lluviosa, los casos de la enfermedad repuntaron de nuevo. Reabrimos algunos centros de tratamiento de urgencias en Puerto Príncipe, lo que aumentó la capacidad a mil camas repartidas en ocho instalaciones.

A finales de año la epidemia seguía sin estar controlada y se registraban repuntes imprevistos del número de casos. Mientras que las condiciones de vida favorezcan la propagación de enfermedades infecciosas (la mitad de los habitantes de Haití carece de acceso a agua potable), persistirá el riesgo de que se produzcan nuevos brotes de cólera. MSF alertó sobre la necesidad de fortalecer los sistemas nacionales de control y respuesta.

Atención materna

Antes del terremoto, nuestro trabajo en el país se centraba en la atención materna. Una gran parte de las muertes maternas se deben a trastornos hipertensivos asociados al embarazo, como la preeclampsia, que son tratables, pero muchas mujeres carecen de acceso a atención obstétrica urgente.

El terremoto destruyó nuestro hospital de urgencias obstétricas en Puerto Príncipe. En marzo de 2011 se inauguró un nuevo centro de referencia para urgencias obstétricas en el barrio de Delmas 33. Este hospital de 80 camas ofrece atención gratuita las 24 horas a mujeres con complicaciones graves del embarazo, además de atención posnatal y neonatal, planificación familiar, salud mental y un programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. En 2011, MSF asistió en este hospital más de 4.000 partos, la mayoría urgentes.

Atención hospitalaria en la capital

En los hospitales de la capital MSF ya no se centra en la respuesta de emergencia, sino en prestar servicios médicos especializados. En julio cerró el hospital de Bicentenaire, abierto justo después del terremoto en una antigua clínica dental. El hospital brindaba servicios de urgencias médicas y quirúrgicas, pediatría y salud mental, así como traslados en ambulancia. En 2011 el personal de Bicentenaire atendió a unos cuatro mil pacientes al mes, tanto en el hospital como en dos clínicas móviles.

En el barrio marginal de Cité Soleil, el personal de MSF en el hospital Choscal del Ministerio de Sanidad trabajó en los dos quirófanos y los departamentos de urgencias,



Una urgencia en el hospital de MSF en Tabarre, Puerto Príncipe.



© Jon Lowenstein / NOOR

Atención a una víctima de una agresión sexual en Puerto Príncipe.

pediatría y maternidad. También ofreció atención médica y psicosocial a víctimas de agresiones sexuales.

El centro de urgencias y estabilización de MSF en Martissant, de 40 camas, resistió el seísmo. Además de urgencias, el hospital sigue prestando servicios de maternidad, medicina interna y salud mental. En Sarthe gestionamos un centro que ofrece cuidado de heridas y cirugía ortopédica y reconstructiva. Los fisioterapeutas de Handicap Internacional colaboran con MSF en la rehabilitación de los pacientes y su adaptación a dispositivos de ayuda a la movilidad.

En mayo, el hospital hinchable de MSF, montado en la pista deportiva de un colegio después del terremoto, fue sustituido por un nuevo hospital de 200 camas en el distrito de Drouillard que ofrece una amplia gama de servicios y una unidad especial de quemados. En 2011 el personal realizó unas veinte intervenciones quirúrgicas al día y atendió de urgencias a 29.000 pacientes.

Acceso a la sanidad fuera de la capital

Casi toda la ciudad de Léogâne, al oeste de Puerto Príncipe, quedó destruida por el terremoto. En octubre de 2010, MSF sustituyó el hospital de campaña montado después del seísmo por un hospital semipermanente en contenedores. El hospital de Chatuley, de

160 camas, atiende casos de traumatología y urgencias obstétricas. El departamento de consultas externas ofrece atención primaria a mujeres y menores de cinco años.

En Jacmel, en el sureste del país, MSF empezó a reforzar al personal del Ministerio de Sanidad en el hospital Saint Michel inmediatamente después del terremoto. Trabajamos en los servicios de urgencias, cirugía, pediatría, maternidad y salud mental. En febrero de 2001, al disminuir las necesidades urgentes, MSF se retiró del hospital.

Al finalizar 2011 MSF tenía 3.872 trabajadores en Haití, donde estamos presentes desde 1991.

170.000
PACIENTES
de cólera tratados
desde octubre de 2010

Moïse

33 años

“Soy de Bogbanique. Empecé a sentirme mal mientras trabajaba en mi huerto. Fue muy repentino. No sabía lo que me pasaba. Me desmayé. Me llevaron a la clínica, donde me pusieron suero. Eso sí lo recuerdo, porque fue cuando recobré la conciencia. Pero el centro médico no tenía el tratamiento que necesitaba, así que me subieron a una moto y me trajeron a Thomassique. Volví a desmayarme. No recuerdo cómo llegué aquí. Pero ahora vuelvo a estar consciente y me encuentro mejor.

“He visto a más gente con cólera. Ni me ha ido peor ni he tenido más suerte que ellos. Cuando contraes esta enfermedad, se trata de sobrevivir.”

HONDURAS



que casi el 59% de los menores de 18 años que viven en las calles de Tegucigalpa había sufrido agresiones físicas y el 45%, sexuales.

Trabajo en las calles de Tegucigalpa

MSF ha puesto en marcha equipos móviles formados por un trabajador social, un psicólogo, un médico y un enfermero que todas las semanas visitan 20 lugares de la ciudad, desde plazas a esquinas. Ofrecen atención sanitaria in situ siempre que pueden y, si no, derivan a los pacientes que necesitan cuidados más especializados o complejos a los centros del Ministerio de Sanidad.

En 2011 realizamos 1.860 consultas. Con el paso de los meses, pudimos observar que el proyecto empezaba a dar frutos, pues la gente parecía más decidida a buscar atención médica. Si en marzo el 19% de los pacientes de la calle que atendíamos acudían a los centros de salud, en diciembre lo hizo casi el 26%.

Elaboración de un protocolo de atención a las víctimas de agresiones sexuales

MSF también asiste a víctimas de la violencia sexual en cuatro centros de salud situados en algunas de las zonas más violentas de Tegucigalpa. Un equipo formado por un enfermero y un psicólogo les ofrece atención psicológica y médica e imparte formación al personal del Ministerio de Sanidad.

Desde febrero también participamos en la elaboración de un protocolo nacional de atención a estas personas. Nos encargamos de su contenido médico. También presionamos para que la violencia sexual sea considerada una emergencia sanitaria pública.

Al finalizar 2011 MSF tenía 22 trabajadores en Honduras, donde estamos presentes desde 1974.

En la capital, Tegucigalpa, MSF tiene un proyecto para mejorar la asistencia médica a las personas afectadas por la violencia.

El tráfico de drogas, los enfrentamientos entre bandas y el acceso legal a las armas de fuego han hecho que la violencia esté a la orden del día en Honduras. Una encuesta realizada por MSF a finales de 2010 reveló



El personal de MSF que trabaja en las calles de Tegucigalpa ofrece atención médica in situ y deriva a pacientes a los centros de salud.

INDIA

Millones de personas siguen sin acceso a una atención médica de calidad.

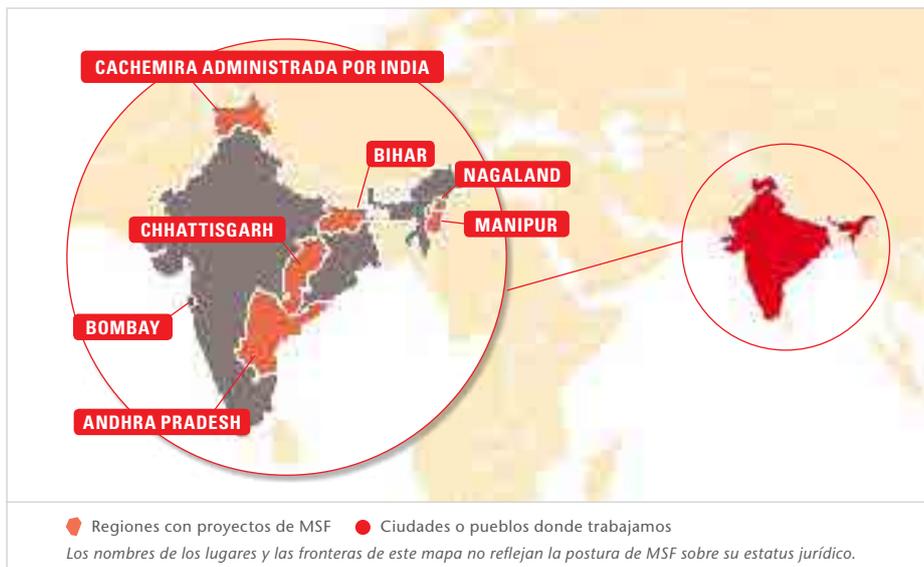
MSF presta atención gratuita en los Estados de Bihar y Chhattisgarh; la disputada región de Cachemira; pueblos remotos situados en la frontera con Myanmar y la gigantesca ciudad de Bombay.

Chhattisgarh: atrapados por el conflicto

Los habitantes de las zonas forestales del Estado de Chhattisgarh han quedado atrapados por el largo conflicto entre el Gobierno y los naxalitas, un grupo maoísta. Como apenas hay centros de salud, MSF cubre las comunidades rurales del sur de Chhattisgarh y los campos de desplazados del vecino Estado de Andhra Pradesh con clínicas móviles que ofrecen atención sanitaria y realizan derivaciones hospitalarias en 16 localidades.

En 2011 ampliamos nuestras actividades en la zona. Realizamos casi 68.000 consultas de atención prenatal, apoyo nutricional a niños y embarazadas y tratamiento de la malaria y la tuberculosis (TB), así como actividades de promoción de la salud.

En nuestro centro materno-infantil de la ciudad de Bijapur, atendimos casi 20.000 consultas. Administramos más de 11.000 vacunas y tratamos a unos cinco mil pacientes de malaria. En el hospital del distrito, realizamos la prueba de la TB y cirugía obstétrica de urgencia. También reforzamos un centro de salud comunitaria en Konta, donde ofrecemos asesoramiento a



pacientes de TB y actividades de promoción de la salud.

Necesidades sanitarias en la disputada región de Cachemira

Más de veinte años de inestabilidad y violencia han hecho mella en la salud de la población y los servicios médicos de Cachemira, sobre todo en las zonas colindantes con la Línea de Control militarizada. En las clínicas cercanas a la Línea de Control ofrecemos atención pre y posnatal, vacunas y la prueba de la TB. Las consultas de salud reproductiva son atendidas por personal femenino.

En Cachemira existen grandes necesidades de salud mental debido al largo conflicto.

MSF presta servicios psicosociales y asesoramiento a la población traumatizada. En 2011 atendimos a casi cuatro mil pacientes.

Contra el olvido en el noreste

Nagaland, en el noreste de India, cerca de la frontera con Myanmar, es un Estado aislado y olvidado, en parte por a su ubicación geográfica, pero también por las diferencias culturales y el largo conflicto de baja intensidad entre los separatistas y el Gobierno. La infraestructura sanitaria y el sistema de abastecimiento son deficientes y hay pocos médicos especializados.

En 2011 MSF rehabilitó los edificios del hospital del distrito de Mon, construyó una zona de eliminación de residuos, mejoró los servicios de atención primaria y formó al personal. Atendimos más de 30.000 consultas externas e ingresamos a 3.044 personas.

El vecino Estado de Manipur también ha sufrido años de conflicto interno. MSF sigue prestando servicios médicos, de salud reproductiva y vacunación contra el sarampión en clínicas de las zonas rurales. Operamos un proyecto de VIH en el que proporcionamos tratamiento antirretroviral (ARV) de primera y segunda línea (a los pacientes que desarrollan resistencia a los medicamentos). También ofrecemos pruebas, tratamiento y asesoramiento a pacientes de TB y de tuberculosis multirresistente (MDR-TB) y hemos introducido un modelo innovador de atención domiciliaria. En 2011 realizamos 30.000 consultas.

Bombay: atención a grupos marginados

La atención a los pacientes de VIH está mejorando en India, pero algunas personas



Más de 1.900 pacientes del distrito de Vaishali, en Bihar, reciben el tratamiento del kala azar.

© Anna Surinyach/MSF



Miembros del equipo de kala azar del distrito de Vaishali.

© Anna Surinych /MSF

siguen sin acceso a la sanidad pública. Son los coinfectados por VIH-2 (una cepa menos común del virus), hepatitis B, hepatitis C o MDR-TB y todos aquellos que necesitan regímenes de primera línea alternativos o cuyo tratamiento de segunda línea ha fracasado.

Desde 2006, el centro de tratamiento ARV de MSF en el barrio de Khar de Bombay brinda a estos grupos marginados atención médica y psicosocial. También realizamos actividades de proximidad en la comunidad e investigación operacional en un intento de mejorar la atención a los pacientes de VIH en el país.

India tiene el segundo mayor número de casos de TB-MDR del mundo. En 2011, tratamos a un mayor número de pacientes en nuestra clínica de Bombay. Al final del año recibían el tratamiento ARV 295 pacientes, 29 de ellos coinfectados por MDR-TB. Además, administramos el tratamiento ARV de tercera línea a siete personas.

Kala azar y desnutrición en Bihar

El kala azar (leishmaniasis visceral) es endémico en el Estado de Bihar, en el este del país. Las personas que viven en condiciones insalubres son las más vulnerables a esta enfermedad, que no se suele diagnosticar pero es mortal si no se trata. Desde 2007, MSF diagnostica y trata el kala azar en cinco centros de salud

del distrito de Vaishali. La mayoría de los pacientes son externos. A los que presentan complicaciones les ingresamos en el hospital de Sadar. En 2011, más de 1.900 personas recibieron el tratamiento con anfotericina B liposomal. MSF investiga posibles tratamientos alternativos, como terapias combinadas y de una única dosis.

Bihar, uno de los Estados más pobres, registra una elevada tasa de desnutrición en niños de seis meses a cinco años. En el distrito de Darbhanga gestionamos un centro de nutrición terapéutica de 20 camas para niños en estado crítico y cinco centros ambulatorios donde realizamos chequeos semanales y distribuimos alimentos terapéuticos a niños con desnutrición severa. En 2011 inscribimos en el proyecto a más de 2.900 niños.

También informamos a las comunidades sobre las causas, síntomas y tratamiento de la desnutrición y organizamos una exposición de arte para sensibilizar sobre este problema de salud.

Al finalizar 2011 MSF tenía 736 trabajadores en India, donde estamos presentes desde 1999.

Rama

Chhattisgarh

Rama vive en un pueblo de los bosques de Chhattisgarh. Tiene TB, pero en 2011 abandonó el tratamiento debido a la presión social y las dificultades para acudir a la clínica, situada a muchos kilómetros y en una zona de conflicto.

Los equipos de MSF han enseñado al marido de Rama a administrarle las inyecciones y asegurarse de que toma la medicación todos los días.

“Me siento más motivada para seguir el tratamiento. Esta vez no lo dejaré. Estoy muy contenta de volver a trabajar, porque la familia necesita mis ingresos. Si no estuviera MSF, no me podría tratar en ningún otro sitio. En mi pueblo hay más gente con esta enfermedad, pero tienen miedo de venir hasta tan lejos para tratarse. Si ven que he mejorado, lo mismo se animan.”

IRAK



Años de sanciones económicas, abandono, guerra y violencia han ocasionado un deterioro generalizado de las instalaciones y servicios de salud. La atención obstétrica y de urgencias adolece de carencias y la psicológica brilla por su ausencia.

La violencia no ha cesado en algunas zonas del país. El personal sanitario trabaja en condiciones poco seguras y cada vez con menos recursos. A pesar de la inseguridad, MSF pudo ampliar sus actividades.

Apoyo a la atención obstétrica y neonatal en Nayaf

En el hospital del distrito de Al Zahra, el principal centro de referencia para la atención obstétrica, ginecológica y pediátrica de la gobernación de Nayaf, nacen unos 24.000 niños al año. MSF refuerza al personal en los departamentos especializados, como cuidados intensivos, maternidad y recién nacidos. En un intento de reducir la mortalidad neonatal a través de la mejora de las prácticas obstétricas, especialistas de MSF en urgencias obstétricas y pediátricas celebraron una conferencia con el personal del hospital. Nuestro equipo también imparte formación y colabora con el hospital para mejorar la esterilización y el control de infecciones. Además renovamos la sala de maternidad.

Urgencias y cirugía

Cada mes, el servicio de urgencias del hospital general de Basora, en el extremo sur del país, atiende a unas 20.000 personas. En 2011, un equipo de MSF formó al personal en la gestión de las urgencias y las situaciones de afluencia de un gran número de heridos. También formamos



Operación en el hospital general de Hawija.

sobre atención posoperatoria y neonatal y renovamos el quirófano de urgencias, lo que mejoró las condiciones en las que se realizan las operaciones, unas 300 al mes. En junio de 2011 traspasamos el proyecto al Ministerio de Sanidad.

Otro equipo sigue ofreciendo atención quirúrgica y obstétrica en el hospital de Hawija. De enero a junio practicamos 212 intervenciones quirúrgicas.

Tratamiento de la insuficiencia renal

En el hospital general de Kirkuk, unos 200 kilómetros al norte de Bagdad, MSF trata a pacientes de enfermedades no transmisibles, sobre todo quienes padecen insuficiencia renal grave. Mejoramos la capacidad de la unidad de diálisis, con lo que triplicamos el número de pacientes: 88 recibían diálisis al final de 2011.

Atención psicosocial

Realizamos más de 10.700 sesiones de asesoramiento con unos 3.800 pacientes en tres hospitales de Bagdad y Faluya. Desde 2009 llevamos a cabo actividades de sensibilización en la comunidad destinadas a reducir el estigma que hay en torno a la salud mental en Irak. En colaboración con el Ministerio de Sanidad, produjimos una película que explica los trastornos mentales más frecuentes en el país y la ayuda disponible para tratarlos.

Cirugía reconstructiva en Jordania

En agosto de 2006 abrimos en Amán, la capital de Jordania, un proyecto de cirugía reconstructiva para heridos iraquíes. Con el paso de los años, lo hemos ampliado para atender a pacientes de otros lugares de la región, como Gaza, Yemen, Libia o Siria. En 2011, nuestros especialistas practicaron un total de 913 intervenciones de cirugía plástica, ortopédica y maxilofacial. También ofrecemos apoyo psicológico y fisioterapia.

Cada mes ingresan en el programa 50 nuevos pacientes que, en función de sus lesiones, permanecen en el centro desde varias semanas hasta dos años.

Desde el inicio del proyecto hasta el final de 2011, hemos ofrecido tratamiento quirúrgico avanzado a más de 1.700 personas.

Al finalizar 2011 MSF tenía 264 trabajadores en Irak, donde operamos por primera vez en 2003.

IRÁN



Desde 2001, MSF ofrece atención primaria y especializada a afganos (también a iraníes) con dificultades para acceder a la sanidad en cuatro clínicas, una de ellas materno-infantil, en la ciudad de Zahedán, en la provincia de Sistán-Baluchistán.

Entre enero y septiembre de 2011 realizamos más de 26.500 consultas, el 38% con menores de cinco años. Los pacientes que precisaban atención médica urgente fueron derivados a un hospital del Ministerio de Sanidad, aunque nuestro personal se encargó de su seguimiento. Un equipo de 20 personas visitó a 820 familias en su domicilio y les entregó artículos de primera necesidad, como alimentos, mantas y productos de limpieza.

En 2011, los refugiados afganos e iraquíes documentados pudieron solicitar el seguro médico en Irán. Los afganos y pakistaníes no documentados, sin embargo, están sujetos a normas y políticas cada vez más restrictivas y son deportados.

Los cooperantes humanitarios internacionales tienen prohibido el acceso a Sistán-Baluchistán desde 2007. A mediados de 2011, la inseguridad nos obligó a cerrar dos clínicas y suspender las visitas a domicilio. En su lugar, nos centramos en las urgencias médicas y la atención a mujeres. Pero en septiembre, después de tres años de tensiones entre MSF y la Oficina de Extranjería e Inmigración iraní, decidimos suspender nuestras actividades médicas y cerrar el proyecto de Zahedán.

Atención materno-infantil en el sur de Teherán

En los barrios de Darvazeh Ghar, Molavi Khazaneh y Shush, en el sur de la capital, Teherán, viven grupos vulnerables como trabajadoras sexuales y drogodependientes.

En los últimos tiempos, las autoridades iraníes han empezado a hablar abiertamente de determinados problemas sociales. Este

año, por primera vez desde la revolución de 1979, reconocieron que la prostitución, el trabajo infantil y los niños sin hogar son problemas nacionales. El Ministerio de Sanidad y algunos municipios están abriendo en varios barrios de Teherán centros médicos y sociales que prestan servicios como protección social, terapias con metadona y educación sanitaria a trabajadoras sexuales y consumidores de drogas. Aun así, mucha gente sigue sin acceso a asistencia médica o social.

MSF colabora con una red de asociaciones dedicadas principalmente a la protección infantil. Tenemos previsto abrir a principios de 2012 un nuevo proyecto de atención a mujeres y menores de cinco años del barrio de Darvazeh Ghar.

Al finalizar 2011 MSF tenía 62 trabajadores en Irán, donde estamos presentes desde 1996.



En Zahedán nuestro personal trabajaba en cuatro clínicas y ofrecía también atención domiciliaria.

ITALIA



En 2011, miles de personas emprendieron la peligrosa travesía del Mediterráneo rumbo a Italia.

La mayoría huían de la violencia y los conflictos en Libia y Túnez. Muchos eran subsaharianos que habían llegado a estos dos países en busca de una vida mejor. Todos ellos se jugaron la vida al cruzar el Mediterráneo hacinados en embarcaciones innavegables. El destino más habitual fue la pequeña isla de Lampedusa, a menos de 150 kilómetros de Túnez. Más de dos mil hombres, mujeres y niños se ahogaron tras hundirse sus embarcaciones.

Muchos de los que sobrevivieron lo hicieron en un estado de cansancio extremo y shock. MSF les asistió a medida que arribaban a la isla. Repartimos mantas y evaluamos quiénes necesitaban tratamiento urgente. Más de 200 personas fueron trasladadas al hospital en ambulancia, mientras que otras 1.900 recibieron atención médica en el puerto.

En marzo, en el punto álgido de la llegada masiva de inmigrantes, solicitantes de asilo y refugiados, tres mil pasaron varios días y noches en los muelles. Compartieron 16 letrinas y sobrevivieron con litro y medio de agua al día. Nuestros equipos dispensaron atención médica a dos mil de ellos y distribuyeron miles de artículos de primera necesidad, como mantas o kits de aseo.

También les atendimos después de que se les trasladara a los centros de detención. Los problemas más comunes fueron las infecciones gastrointestinales, pulmonares y respiratorias. Asimismo, tratamos a víctimas de la violencia. En Mineo (Sicilia) dimos apoyo psicológico a 400 solicitantes de asilo.

Asistencia a los detenidos

Entre los inmigrantes y solicitantes de asilo retenidos sistemáticamente en centros cerrados mientras las autoridades valoraban su estatus jurídico había mujeres embarazadas, víctimas de torturas y agresiones sexuales, entre otros. A finales

de junio, pudimos comprobar que algunos llevaban hasta cuarenta días en centros de tránsito o acogida. En varios de estos centros los servicios eran prácticamente inexistentes, sin apenas acceso a atención médica básica, información, intérpretes, teléfonos o asesoramiento legal. Los detenidos, embarazadas y personas con problemas de salud incluidos, dormían en colchones colocados en el suelo. En muy pocos casos los centros disponían de alojamiento separado para mujeres solas o familias.

Ante la falta de instalaciones adecuadas para menores no acompañados, también se les detuvo, lo que es una flagrante violación de la legislación europea e internacional. En junio, MSF supo que más de 300 menores de 18 años llevaban semanas encerrados en centros de tránsito en Lampedusa: ochenta de ellos, más de treinta días. MSF contó también 450 menores no acompañados en los centros de tránsito y acogida de Sicilia (Pozzallo, Porto Empedocle, Mineo y Caltanissetta).

Cierre del centro de detención de Lampedusa

En septiembre, inmigrantes y solicitantes de asilo prendieron fuego al abarrotado centro de detención de Lampedusa en protesta por sus condiciones de vida y la política de repatriación forzosa del Gobierno italiano. La policía antidisturbios se enfrentó con cientos de ellos. Las autoridades cerraron el centro y, a finales de mes, declararon que el puerto no era seguro para operaciones de rescate marítimas, decisión que puso aún más vidas en peligro.

MSF pide la protección de las víctimas de la guerra

MSF denunció repetidamente las deplorables condiciones de vida de los centros de acogida y sus consecuencias para la salud física y mental de los detenidos.

En mayo, en una carta abierta, hicimos un llamamiento a los Estados miembros de la Unión Europea, sobre todo a los que participaron directamente en el conflicto libio, para que protegieran a las víctimas de la guerra tanto en Libia como en Europa. Les instamos a que garantizaran unas condiciones de acogida dignas a todas las personas que huían de la violencia y facilitaran los procesos de tramitación de asilo a quienes lo solicitaran. Les recordamos su obligación de respetar los derechos de los refugiados, entre otros el de no ser repatriados forzosamente, y su responsabilidad en la suerte de las víctimas de la guerra.

Inmigrantes necesitados de ayuda

Cientos de inmigrantes subsaharianos van a Rosarno, en el sur de Italia, para trabajar como temporeros. Allí viven en unas condiciones muy precarias, que el mal tiempo agravó aún más en 2011. En noviembre, MSF distribuyó kits de aseo y mantas a cientos de personas necesitadas de asistencia.

Al finalizar 2011 MSF tenía ocho trabajadores de terreno en Italia, donde operamos por primera vez en 1999.



Reparto de ayuda a inmigrantes y evaluación de su estado de salud a su llegada a Lampedusa.

JAPÓN



Consulta en un centro de evacuación para supervivientes del terremoto en Minami Sanriku.

Ha Young Lee

Coordinadora del equipo de psicólogos de MSF

“Algunas personas tienen sus propios mecanismos para sobrellevar la situación en la que se encuentran, pero a otras les resulta muy difícil. Pueden tener recuerdos repentinos del desastre, flashbacks y pesadillas, además de encerrarse en sí mismos y negarse a hablar. Algunas no pueden dormir o comer. Todo ello puede cambiar radicalmente su manera de ser y causar un sufrimiento considerable.

Los niños son especialmente vulnerables, porque les puede costar mucho comprender lo que sucede a su alrededor. Han perdido el espacio donde no solo juegan y aprenden, sino también donde expresan libremente sus emociones.”



Garantizar el acceso a la atención

MSF trabajó principalmente en Minami Sanriku y Taro, en la costa norte, cuyos principales hospitales habían quedado completamente destruidos. De marzo a junio realizamos unas 4.840 consultas, en su mayoría por hipertensión e infección del tracto respiratorio superior.

En Minami Sanriku entregamos a las autoridades dos autobuses de treinta plazas para trasladar a los pacientes desde los centros de evacuación y refugios provisionales hasta los hospitales.

A petición de los evacuados en un centro de Baba-Nakayama, MSF diseñó y ayudó a construir un refugio semipermanente en las inmediaciones. Supervisamos la construcción de un espacio privado para unas treinta mujeres y niños que redujo el hacinamiento en el centro.

En Taro, MSF diseñó y construyó una clínica provisional que se usará hasta que se termine otra más permanente. Traspasamos la clínica a las autoridades sanitarias locales en diciembre.

MSF también hizo entrega de un vehículo diseñado específicamente para el transporte de discapacitados en Taro y sus alrededores.

Cicatrices invisibles

Tras la respuesta de emergencia, nuestro equipo se volcó en las necesidades psicológicas de los supervivientes. Ofrecimos apoyo sobre todo a las personas alojadas en los centros de evacuación.

Los psicólogos de MSF realizaron actividades de sensibilización sobre la salud mental

e informaron de la ayuda disponible. Concedimos entrevistas a los medios de comunicación, incluida una emisora creada por los supervivientes, en las que explicamos cómo identificar posibles problemas y gestionar el estrés, cómo los padres pueden ayudar a sus hijos y dónde buscar ayuda. También acompañamos a enfermeros en sus visitas a los refugios provisionales e impartimos formación sobre salud mental durante las consultas. Por último, visitamos escuelas para asesorar a los docentes sobre cómo apoyar a los niños tras sus experiencias traumáticas.

En abril se instaló una cafetería cerca del estadio de Minami Sanriku. En este entorno informal, las víctimas pudieron hablar con un equipo de psicólogos de MSF. También ofrecimos sesiones individuales a aquellas que necesitaban apoyo adicional. Los principales problemas observados estuvieron relacionados con la gestión del estrés, la pérdida de memoria y concentración y trastornos del sueño debidos al hacinamiento en los refugios provisionales. A los mayores les preocupaba sobre todo la demencia.

Al finalizar junio, MSF traspasó sus actividades en la cafetería a una asociación local. Habían acudido a este espacio más de 4.100 personas, de las que 646 recibieron atención psicológica. En total, ofrecimos en Minami Sanriku y Taro más de 970 sesiones de apoyo individuales y 295 grupales.

En 2011, MSF tuvo cuatro trabajadores de terreno en Japón. Era la primera vez que MSF prestaba atención médica en el país.

El terremoto y el tsunami del 11 de marzo devastaron la costa noreste de la isla de Honshu.

Hubo 15.000 muertos y seis mil heridos. Al final de 2011, cinco mil seguían desaparecidas.

Los equipos de emergencia japoneses cubrieron en gran medida las necesidades de los supervivientes, así que MSF ofreció atención especializada. Al día siguiente del desastre, nuestro personal se desplazó en helicóptero a las zonas afectadas, donde prestamos atención médica y distribuimos artículos de ayuda.

En las semanas siguientes repartimos 4.030 mantas, 6.500 litros de agua, un generador para un refugio provisional en Baba-Nakayama y 10.000 kits de aseo con jabón, cepillos de dientes, dentífrico y toallas. También proporcionamos kits con pilas, velas y cerillas a unas cuatro mil personas y donamos fármacos, material y suministros médicos por valor de 110.000 euros.

KENIA

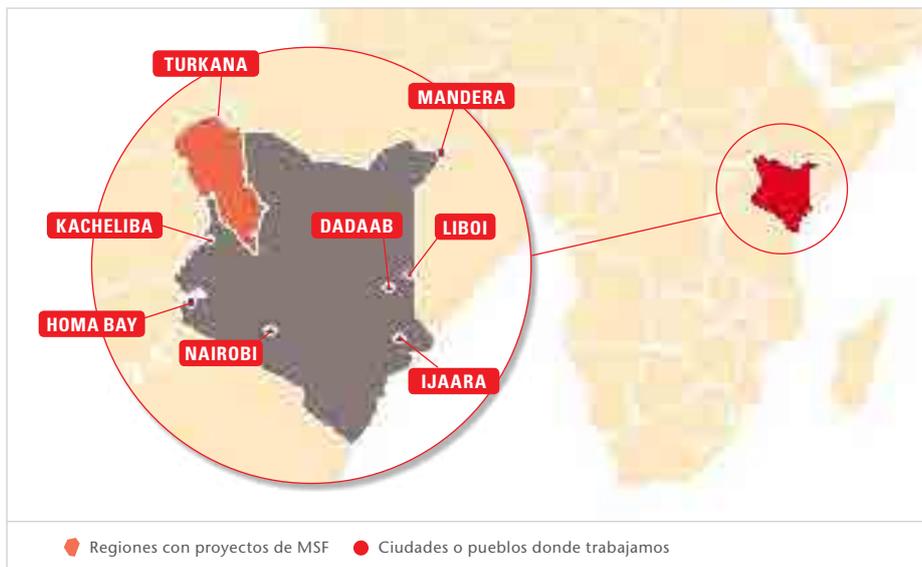
MSF ofrece atención médica en el país desde hace más de veinte años. En 2011 asistimos tanto a kenianos como a los miles de refugiados somalíes.

La sequía en el Cuerno de África agravó la terrible situación de los refugiados de los abarrotados campos de Ifo, Dagahaley y Hagadera, cerca de Dadaab, en el este del país. La oleada de somalíes que llegaron allí en busca de seguridad, alimento, atención sanitaria y refugio produjo una emergencia humanitaria. Los campos, cuya capacidad es de 90.000 personas, acogieron hasta casi medio millón de refugiados, lo que convirtió la zona de Dadaab en la tercera aglomeración urbana más poblada de Kenia. En julio, en el apogeo de la crisis, los niveles de desnutrición excedieron alarmantemente el umbral de emergencia. Las agencias humanitarias no daban abasto.

Aunque se abrieron dos nuevos campos, Ifo-2 y Kambioos, al final de 2011 unos cinco mil refugiados vivían en el exterior del de Dagahaley por falta de sitio. En este último campo, con casi 125.000 refugiados admitidos, MSF era el principal proveedor de atención médica. También atendimos a los refugiados derivados a nuestro hospital desde otros campos. Triplicamos nuestra capacidad con la habilitación de un centro de nutrición de emergencia de más de 200 camas, al tiempo que ofrecíamos servicios de maternidad, pediatría, urgencias y medicina general en un hospital de cien camas.

En nuestro hospital y centros de salud del campo de Dagahaley realizamos unas 170.000 consultas, cuatro mil más de las previstas al mes. También ingresamos en el proyecto de nutrición ambulatoria a una media de 350 personas al mes, sumando un total de más de 11.500 pacientes al final del año. Como la mayoría de los refugiados somalíes habían recibido poca o ninguna atención médica durante veinte años, lanzamos una campaña de vacunación contra el sarampión para prevenir brotes.

En julio, y tras largas negociaciones con el Gobierno de Kenia y las comunidades locales, empezamos a trabajar en el campo de Ifo-2. Pero apenas tres meses después, en octubre, dos de nuestras compañeras fueron



secuestradas por un grupo de hombres armados, lo que nos obligó a reducir nuestras actividades en el campo.

El deterioro de la seguridad llevó a suspender la admisión de refugiados y, por tanto, su traslado a Dadaab o su reubicación en otros lugares. La reducción generalizada de las actividades no vitales amenazó con echar por tierra los avances logrados a lo largo del año.

Liboi, a 80 kilómetros de Dadaab, es uno de los principales pasos fronterizos entre Somalia y Kenia. Durante el apogeo de la oleada de refugiados, MSF prestó atención médica a kenianos y somalíes en un centro de salud de esta localidad. Más al sur, en el distrito de

Ijaara, reforzamos al personal del Ministerio de Sanidad en los servicios de atención materno-infantil. En marzo, los combates en Bula Hawa empujaron a unos 15.000 refugiados y cinco mil desplazados somalíes a cruzar la frontera e instalarse Mandera. MSF reforzó el hospital del distrito, donde realizamos más de 1.500 consultas externas.

La sequía en el Cuerno de África afectó también a otras partes de Kenia. En abril, organizamos clínicas móviles y garantizamos el acceso a agua potable de los pastores nómadas del distrito de Ijaara. También ofrecimos servicios de salud reproductiva al comprobar un aumento de las mujeres que buscaban asistencia durante el parto. En junio



Pacientes en el proyecto de nutrición de MSF en Mayan, Turkana.



© Brendan Bannan

Reconocimiento de una niña con desnutrición severa en el campo de Dagahaley, Dadaab.

pusimos en marcha un proyecto nutricional de emergencia en los distritos de Lapur y Kibish de Turkana, en el noroeste de Kenia.

Innovación en la lucha contra las enfermedades olvidadas

En 2011, con la ayuda de MSF, el Gobierno de Kenia puso en marcha el primer plan estratégico nacional para el control de las enfermedades tropicales olvidadas, incluido el kala azar (leishmaniasis visceral). Si no se trata, esta infección transmitida por la picadura de una mosca de arena es casi siempre mortal.

MSF trata a pacientes de kala azar en Kacheliba, en el oeste del país, desde 2006. En 2011 concluimos un estudio de validación de pruebas de diagnóstico rápido (PRD) para esta enfermedad. Sus resultados influyeron en la decisión del Gobierno de aprobar estas pruebas como herramienta de diagnóstico de primera línea. Las PRD son perfectas para contextos con pocos recursos, pues permiten hacer la prueba a un mayor número de personas y, por tanto, mejoran el acceso al tratamiento.

También introdujimos una nueva terapia combinada que trata el kala azar en solo 17 días, no 30 como las anteriores, y formamos al personal médico de los distritos donde la enfermedad es endémica.

Atención a pacientes de VIH y tuberculosis

A pesar de que Kenia tiene cerca de 1,3 millones de seropositivos, se calcula que solo 550.000 reciben el tratamiento antirretroviral (ARV). MSF administra el tratamiento del VIH y la tuberculosis (TB) en el país desde hace más de diez años. Actualmente tratamos a más de 17.000 personas con VIH/sida y TB en las zonas urbanas y rurales de las provincias de Nyanza y Nairobi.

En septiembre detectamos problemas de calidad en una partida de Zidolam-N, un fármaco ARV. Pudimos comprobar que esta partida, adquirida a través de un distribuidor acreditado por la agencia de medicamentos keniana, era una falsificación de los medicamentos autorizados por la Organización Mundial de la Salud. Procedimos inmediatamente a localizar e informar a los pacientes, les hicimos un seguimiento y sustituimos los medicamentos falsos.

En 2011 concluimos el paso del tratamiento de primera línea basado en d4T al régimen TDF/AZT, que tiene menos efectos secundarios. Ahora, todos los pacientes nuevos empiezan el tratamiento ARV con TDF/AZT.

En Nairobi introdujimos aparatos de diagnóstico de la TB más rápidos y sensibles

y ampliamos nuestro proyecto en el barrio de Mathare al de Eastleigh, de mayoría somalí, donde los servicios de tratamiento de TB eran muy limitados. Los centros de salud de MSF en Nairobi también trataron también a unos 900 pacientes de enfermedades crónicas distintas al VIH. En 2012 tenemos previsto inaugurar el nuevo centro de salud que estamos construyendo a las afueras del barrio de chabolas de Kibera. Al principio lo gestionaremos junto con el Ministerio de Sanidad, a quien se lo traspasaremos gradualmente.

Respuesta a la violencia sexual

En los barrios de chabolas de Kibera y Mathare seguimos volcados en el tratamiento de las víctimas de agresiones sexuales, muchas de ellas menores de edad (el 65% en Mathare). En 2011 atendimos a más de mil nuevas pacientes. Además de asesoramiento y apoyo social, les ofrecimos la profilaxis posexposición, que reduce el riesgo de infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual

Al finalizar 2011 MSF tenía 798 trabajadores en Kenia, donde estamos presentes desde 1987.

KIRGUIZISTÁN



La falta de financiación afecta a los servicios médicos de las prisiones. Muchos reclusos con tuberculosis no reciben la atención que necesitan.

La incidencia de la tuberculosis (TB) en los presos es entre 20 y 30 veces más alta que en la población general, además de que la tasa de mortalidad puede ser hasta 60 veces superior. Las malas condiciones hacen que los reclusos sean más vulnerables a la enfermedad y favorecen su propagación.

En colaboración con el Ministerio de Sanidad y las autoridades penitenciarias, en 2006 MSF empezó a atender a los pacientes de TB en las cárceles de Sizo 1 y Colonia 31, cerca de la capital, Biskek. En 2011 tratamos a 370 reclusos. También trabajamos en la mejora

de los sistemas de control de infecciones y las condiciones de vida, además de renovar los pabellones de TB.

TB multirresistente a los medicamentos

En una de las prisiones instalamos un nuevo aparato que mejora y agiliza el diagnóstico de la TB resistente a los medicamentos, lo que permite tratar antes a los pacientes.

La TB multirresistente (MDR-TB) se puede transmitir directamente de una persona a otra. También puede desarrollarla un paciente de TB cuando se vuelve resistente a dos de los medicamentos habituales para la TB, ya sea por una mala administración o el uso incorrecto de la medicación. El tratamiento de la MDR-TB es mucho más duro que el de la TB: dura hasta dos años y tiene graves efectos secundarios.

Según la Organización Mundial de la Salud, Kirguizistán es uno de los 27 países con mayor incidencia de la MDR-TB. Su prevalencia es aún mayor en las cárceles porque la proximidad de los reclusos entre sí dificulta el control efectivo de la infección. También porque los comportamientos de riesgo, como el consumo de drogas y alcohol, son más frecuentes entre estas personas, lo que afecta a su adherencia al tratamiento. Todo ello ha contribuido a que unos dos tercios de los pacientes de TB de las cárceles kirguizas tengan formas farmacorresistentes de la enfermedad.

MSF ha puesto en marcha un sistema para ayudar a los reclusos con TB o MDR-TB a seguir tomando la medicación cuando son puestos en libertad. Una red de veinte voluntarios que viven cerca de estos pacientes les visitan y apoyan hasta que completan con éxito el tratamiento. También hemos habilitado un teléfono al que pueden llamar en caso de ayuda. Entre enero y octubre, los voluntarios ayudaron a 192 exreclusos a completar su tratamiento.

Tras los disturbios de 2010

En 2010, la inestabilidad política y la violencia interétnica agravaron la pobreza en la que viven muchos de los habitantes del país. Durante los disturbios, MSF donó medicamentos y material médico y atendió a quienes tenían que desplazarse hasta los centros de salud. Entre diciembre de 2010 y abril de 2011 seguimos ofreciendo asistencia en Osh, la segunda mayor ciudad del país, donde realizamos más de mil consultas médicas y unas 1.800 de salud mental y distribuimos 5.900 kits de aseo, 11.900 mantas y 800 kits de cocina. En julio abrimos un nuevo proyecto de TB en el distrito de Kara Suu, en la provincia de Osh.

Al finalizar 2011 MSF tenía 94 trabajadores en Kirguizistán, donde estamos presentes desde 2005.



MSF atiende a los reclusos con tuberculosis en dos cárceles cerca de Biskek.

LESOTO



La esperanza de vida de los lesotenses es inferior a los 47 años. Una de cada 32 muere por problemas durante el embarazo o el parto.

Las epidemias de VIH y tuberculosis (TB) han agravado esta situación. Casi un 60% de las muertes maternas están asociadas al VIH. En mayo de 2011, MSF abrió un nuevo proyecto dirigido a reducir el número de muertes materno-infantiles.

Roma y Semonkong son dos pequeñas ciudades situadas en zonas remotas. De los 170.000 habitantes de la región, unos 23.500 tienen VIH/sida.

MSF refuerza el hospital de distrito St. Joseph en Roma, seis clínicas de atención primaria de los alrededores y tres clínicas en Semonkong. Todos estos centros ofrecen atención integrada a pacientes de VIH y TB, es decir, los coinfectados con ambas enfermedades se tratan en un único sitio. Dentro de sus servicios de salud materna, las clínicas y el

hospital también trabajan para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. Entre julio y diciembre de 2011, el personal asistió más de 550 partos.

Seis centros de salud ya están equipados para realizar el recuento de linfocitos CD4, con el que se puede determinar con más precisión la evolución del VIH y qué tratamiento requiere cada paciente. El tratamiento antirretroviral (ARV) se puede empezar antes y, de ese modo, reducir el riesgo de que el paciente desarrolle enfermedades asociadas al VIH. En 2011 MSF inscribió a 8.025 pacientes en los proyectos de VIH y más de 5.300 empezaron el tratamiento ARV. Entre julio y diciembre, más de 8.220 personas se hicieron la prueba del VIH.

La introducción de una nueva prueba automatizada para la TB en el laboratorio del hospital St. Joseph ha agilizado considerablemente el diagnóstico, sobre todo para algunas formas de TB resistente a los medicamentos, por lo que los afectados pueden empezar antes el tratamiento.

Objetivo: que más gente busque asistencia

Al acercar los servicios a los pacientes, esperamos animar a más personas a que busquen atención médica cuando la necesiten.

Pero se necesita más personal para ampliar los servicios de VIH y TB a más lugares. MSF quiere introducir el traspaso de tareas en los centros de salud. Así, tanto enfermeros como médicos podrán iniciar y hacer el seguimiento del tratamiento del VIH y la TB y el personal no médico ofrecer educación sanitaria y asesoramiento a los pacientes en tratamiento ARV. Equipos móviles de MSF ya han empezado a formar al personal sanitario.

Se espera que la comunidad también se implique y que sus promotores de salud apoyen a los pacientes de VIH y TB. MSF informa a los miembros de la comunidad sobre cómo pueden derivar a sus vecinos a los centros de salud, realizar actividades de educación sanitaria y organizar talleres. Estos talleres ofrecen formación a asesores de calle y ayudan a aumentar el conocimiento de cuestiones relacionadas con el VIH. Los promotores de salud de los pueblos también ayudan a los pacientes a seguir el tratamiento. Preguntan por los que no han acudido a su cita con el médico o recogido su medicación y se prestan a ayudarles.

Acceso limitado a la atención

El acceso a los centros de salud no es fácil en un país tan montañoso como este. Resulta especialmente problemático para la población de las zonas remotas. Muchos tienen que caminar hasta doce horas hasta el centro de salud más próximo.

En 2012, MSF comprará una ambulancia para el transporte urgente de pacientes de Semonkong al hospital Saint Joseph. El equipo también estudia cómo las nuevas tecnologías podrían ayudar a mejorar la comunicación entre los pacientes y el personal, desde recordatorios de citas médicas vía SMS hasta equipos electrónicos para la recogida de datos por parte los promotores de salud de la comunidad.

Al finalizar 2011 MSF tenía 27 trabajadores en Lesoto, donde estamos presentes desde 2006.



Los habitantes de las zonas remotas de Lesoto tienen grandes dificultades para acceder a los servicios de salud.

8.025 PACIENTES inscritos en los proyectos DE VIH

LÍBANO



© Dina Debbas

Un trabajador social atiende a una familia en el campo de refugiados de Burj El Barajneh, en Beirut.



Atención psicológica en los campos de refugiados palestinos

El hacinamiento y las duras condiciones de vida en los campos de refugiados palestinos han hecho mella en la salud mental de muchos de ellos, sobre todo los que habían sufrido experiencias traumáticas. En dos de los campos y su alrededores, MSF ofrece servicios comunitarios de salud mental, desde asesoramiento hasta tratamiento y apoyo social.

Nuestro personal realiza visitas a domicilio y, en un intento de reducir la estigmatización de los problemas de salud mental, actividades para dar a conocer nuestros servicios. El 10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental, se estrenó en Beirut el documental *Where Do I Begin? (¿Por dónde empiezo?)*, producido por MSF y dirigido por la cineasta palestino-libanesa Carol Mansour.

Tanto los refugiados palestinos como los libaneses que no pueden permitirse pagar a un psicólogo pueden acudir al centro comunitario de salud mental que MSF tiene junto al campo de Burj El Barajneh, en Beirut, así como a nuestros servicios en la clínica

de la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina (UNRWA) y el hospital de la Media Luna Roja Palestina, situados ambos en el campo.

En abril ampliamos nuestras actividades al campo de refugiados de Ein El Hilweh en Sidón, al sur de Beirut, donde en apenas un kilómetro cuadrado viven 75.000 personas y suele haber problemas de seguridad y enfrentamientos entre facciones políticas. Nuestro equipo trabaja en las dos clínicas de la UNRWA y en el hospital Al Nidaa Al Insani. En Sidón, en 2011, prestamos asistencia psicológica o psiquiátrica a unos 380 pacientes, la mayoría de entre 18 y 40 años.

En total, atendimos en Líbano a más de mil nuevos pacientes y realizamos más de 7.500 consultas de salud mental. Los problemas más frecuentes fueron depresión, ansiedad, psicosis y trastornos de la personalidad.

Al finalizar 2011 MSF tenía 34 trabajadores en Líbano, donde operamos por primera vez en 1976.

Tras la llegada de miles de refugiados que huían del conflicto en Siria, MSF decidió ampliar sus actividades en el país.

Empezamos donando suministros de emergencia a los centros de salud próximos a la frontera con Siria. Y en noviembre abrimos un proyecto de salud mental en Wadi Khaled, una región del noreste de Líbano, que ofreció atención psicológica y psiquiátrica tanto a la población local, más de 20.000 habitantes, como a los refugiados sirios.

LIBERIA



Más de 150.000 personas huyeron de Costa de Marfil a Liberia, donde MSF prestó asistencia de emergencia todo el año.

La inmensa mayoría de marfileños fueron acogidos por familias locales, principalmente en las provincias de Grand Gedeh y Nimba. Otros se alojaron en los campos de refugiados.

En enero MSF inició un proyecto de emergencia en Nimba con el que dispensamos atención médica gratuita a refugiados y residentes. Tratamos infecciones respiratorias y cutáneas, diarrea acuosa y malaria en las clínicas móviles y en el puesto de salud del campo de Bahn. También vacunamos a menores de 15 años contra el sarampión y dimos apoyo técnico y medicamentos a los centros de salud locales. En total realizamos más de 45.800 consultas, de las cuales más de 2.700 fueron prenatales y 14.500 por malaria.

En marzo empezamos a operar clínicas móviles en los pueblos que acogieron a refugiados en Grand Gedeh, al sur de Nimba. Atendimos más de 38.300 consultas, ingresamos a 226 niños en un programa nutricional y efectuamos más de 1.900 sesiones de salud mental. El personal de agua y saneamiento perforó pozos y construyó letrinas, además de garantizar el suministro de agua potable. Más tarde, ampliamos nuestros servicios a los campos de la zona, donde se habían asentado algunos refugiados.

Pese al fin del conflicto en Costa de Marfil en abril, la situación siguió siendo insegura. Muchos refugiados no regresaron a casa por temor a ser torturados, violados e intimidados. También carecían de fuente de ingresos pues habían perdido sus tierras o no habían podido plantar sus cosechas a tiempo. De todas formas, a finalizar el año la situación se había estabilizado y MSF decidió traspasar sus actividades en Grand Gedeh al Ministerio



Reconocimiento médico a refugiados de un campo de Saclepea, en la provincia de Nimba.

de Sanidad liberiano y otras ONG. Nuestros equipos continuaron trabajando en Nimba hasta principios de 2012.

Violencia Sexual en Monrovia

En la capital de Liberia, Monrovia, MSF ofrece atención médica y psicosocial integral a las víctimas de abusos sexuales. Trabajamos con especialistas del Ministerio de Sanidad en dos hospitales en un servicio ambulatorio abierto todos los días, con personal médico o un trabajador social de guardia las 24 horas.

Los equipos examinan y tratan a las pacientes con heridas e infecciones de transmisión sexual (ITS). Quienes llegan en un plazo de 72 horas después de haber sufrido abusos reciben una profilaxis posexposición para reducir el riesgo de contraer el VIH y otras ITS. Trabajadores de salud mental formados ofrecen asesoramiento y apoyo emocional a las víctimas y sus familias.

El personal puede expedir certificados médico-legales y poner en contacto a las pacientes que temen por su seguridad con una red de casas de acogida. MSF también trabaja con una ONG local, Mer-League, para informar a la comunidad sobre la violencia sexual y la atención médica disponible. En 2011 recibieron atención 993 nuevas pacientes agredidas sexualmente, un 92% de las cuales eran menores de 18 años. También se organizaron 1.115 consultas de seguimiento para quienes precisaban más apoyo.

Al finalizar 2011 MSF tenía 101 trabajadores en Liberia, donde estamos presentes desde 1990.

Fred*

desde Toulépleu, Costa de Marfil

“Cuando atacaron Toulépleu, todos huimos a un ‘campamento’ [un pequeño refugio junto a una plantación] cerca de la casa de mi madre. No llevábamos mucho tiempo allí cuando empezaron a dispararnos. Corrimos y volvimos a escondernos.

“Permanecimos dos meses en el bosque, moviéndonos de un lugar a otro cuando los combatientes se acercaban. Nos atacaron muchas veces. En un ataque dispararon a varios niños. Se llevaron a mi mujer.

“En el bosque no había medicamentos, así que tuvimos que tratar las heridas de bala de los niños con medicina tradicional. Unas semanas después conseguimos llegar a Liberia, donde MSF los llevó al hospital.

“No volví a ver a mi esposa hasta dos meses más tarde, aquí en Liberia. Durante su secuestro la violaron. Sigue muy angustiada y traumatizada y no come bien. Por la noche se sobresalta recordando lo que le pasó.”

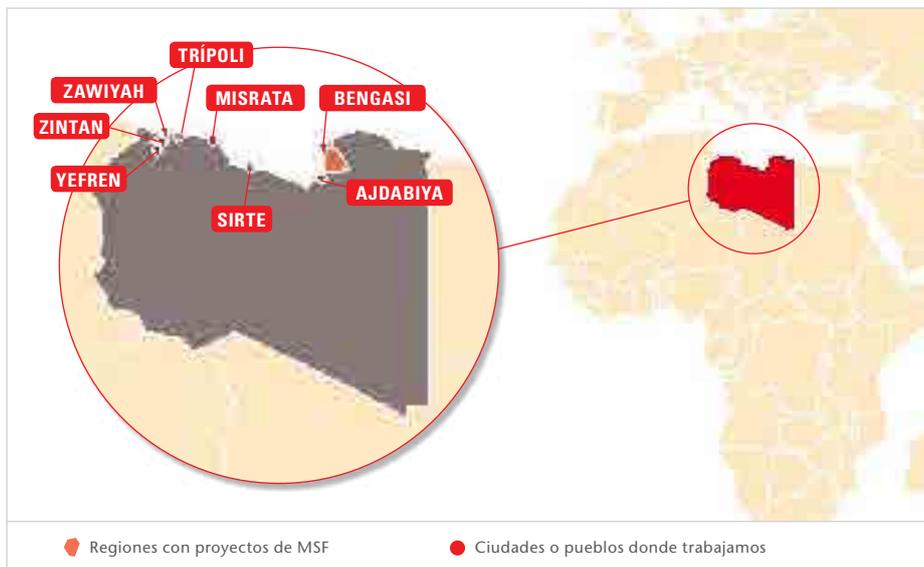
*Nombre ficticio.

LIBIA

Pocos días después del estallido de la violencia el 17 de febrero de 2011, un equipo de MSF cruzó la frontera desde Egipto para reforzar los centros de salud que intentaban atender a un gran número de heridos.

En Bengasi, la segunda ciudad del país, MSF donó material y medicamentos, como anestésicos, antibióticos y fijadores externos para las fracturas. Pero miles de personas quedaron aisladas y sin acceso a la ayuda exterior en varias zonas de conflicto, como Zawiyah y Misrata, desde donde llegaron noticias de las urgentes necesidades médicas y la escasez de fármacos y material médico. Algunos trabajadores de MSF pudieron apoyar logísticamente la distribución de material médico a localidades sitiadas, pero a otros equipos se les impidió la entrada en el país. MSF instó una y otra vez a las autoridades a permitir el acceso urgente y sin trabas de la ayuda médica a las personas atrapadas en el conflicto.

En Bengasi y Ajdabiya atendimos psicológicamente a pacientes y trabajadores sanitarios, a quienes formamos también para dispensar primeros auxilios a los heridos.



Atención a los atrapados en Misrata

En Misrata, el hospital principal fue bombardeado parcialmente y las demás clínicas que seguían operativas no daban abasto con los heridos. El 21 de marzo MSF consiguió que el primer envío de kits quirúrgicos llegara al hospital, seguido de otro de seis toneladas de material médico en abril.

También en abril, MSF evacuó en barco a un total de 135 pacientes de Misrata en sendas expediciones a Túnez. A bordo, nuestros equipos médicos les atendieron de urgencia y, a su llegada a Túnez, fueron trasladados a hospitales.

Ese mismo mes, un equipo de MSF de Bengasi logró llegar en barco a Misrata, donde reforzó cuatro centros médicos. Trabajó junto al personal local en los departamentos de cirugía y obstetricia, además de formar a sus colegas en cirugía de guerra, higiene, esterilización y gestión de residuos. En total se practicaron 137 intervenciones quirúrgicas en los hospitales Abbad y Qasr Ahmed. En este último, MSF también organizó 780 sesiones de fisioterapia con pacientes operados. Doce que necesitaban cirugía reconstructiva fueron trasladados al proyecto de MSF en Amán (Jordania). En el centro médico Ras Tubah apoyamos a los departamentos de pediatría y cirugía obstétrica urgente. Asistimos 1.914 partos, 312 de los cuales fueron por cesárea.

MSF donó varias toneladas de medicamentos y suministros médicos a los centros de salud. Además, proporcionamos formación, material y ambulancias a los puestos de salud próximos a la primera línea del frente.

En mayo, también en Misrata, pusimos en marcha un proyecto de salud mental en el que, al finalizar el año, habían recibido apoyo psicológico más de tres mil pacientes en 200 sesiones grupales y 455 individuales. Asimismo, formamos a veinte psicólogos libios.

Además, dispensamos atención médica en cuatro centros de detención, donde realizamos 2.600 consultas, 311 por traumatismos violentos. Los médicos de los centros trataron a 115 personas con heridas causadas por las torturas a que fueron sometidos durante los interrogatorios. MSF denunció todos los casos a las autoridades competentes de Misrata, pero el personal siguió recibiendo nuevas víctimas de torturas. A algunos detenidos



© Niklas Bergstrand

Personal médico prepara a un paciente que va a recibir cirugía ortopédica en la clínica Ben Ashour de Trípoli.



Sesión de fisioterapia en un centro de detención de Misrata.

incluso se les denegó la asistencia médica. En enero de 2012, MSF denunció públicamente la situación y suspendió sus actividades en los centros de detención.

En primera línea del frente

En las ciudades de Zintan y Yefren, en el oeste del país, reforzamos los centros de salud. Realizamos intervenciones quirúrgicas, donamos equipos y material médico y formamos al personal sobre cómo responder a la llegada de un gran número de víctimas. Entre abril y octubre tratamos a más de 2.200 heridos de guerra y practicamos 270 intervenciones quirúrgicas en ambas ciudades. Nuestro equipo de salud mental realizó 470 consultas individuales y más de mil grupales entre julio y octubre.

Nada más aproximarse los combates a la capital, Trípoli, un equipo de cirujanos de MSF se desplazó a Zawiyah, al oeste de la ciudad. Solo el primer día trataron a más de 70 heridos en el hospital general. En Trípoli trabajamos en centros de salud. Donamos fármacos y suministros vitales y derivamos a los pacientes que necesitaban asistencia médica urgente.

Cuando los enfrentamientos llegaron a Sirte, la ciudad natal del presidente del país, Muamar el Gadafi, MSF distribuyó

material quirúrgico y 150.000 litros de agua y organizó la reanudación de las intervenciones quirúrgicas en el hospital Ibn Sina. Después de que el hospital fuera atacado y combatientes armados entraran e inspeccionaran a los pacientes, MSF hizo un llamamiento a las partes enfrentadas para que detuviesen inmediatamente los ataques e incursiones en los centros médicos.

Atención a minorías e inmigrantes sin papeles

A partir de agosto, MSF prestó atención médica en cuatro campos de Trípoli y los alrededores, donde se habían instalado unos cuatro mil inmigrantes y desplazados internos de la minoría tawargha. Los residentes de estos campos fueron objeto de intimidaciones, robos y agresiones. Atendimos más de 5.100 consultas médicas y brindamos apoyo psicológico en más de 200 sesiones individuales y 33 grupales.

Muchas personas que huyeron de Libia durante la guerra fueron atendidas por nuestros equipos en Italia y Túnez. MSF recordó a los Gobiernos, en concreto los de la Unión Europea, su obligación, establecida por el derecho internacional, a abrir las fronteras y acoger en condiciones aceptables a las personas que huían de Libia.

Al finalizar 2011, año en que empezamos a operar en Libia, MSF tenía 64 trabajadores en el país.

Abdul

13 años

Abdul sufrió quemaduras de segundo grado cuando los proyectiles alcanzaron la casa adyacente a la suya y estalló una bombona de gas. Tres días después de recibir atención en una clínica de Misrata fue evacuado a un hospital tunecino. Diez días más tarde volvió a abrir los ojos.

Alí

45 años

Alí es diabético desde hace muchos años. Durante la guerra no pudo recibir su tratamiento ya que el hospital de Misrata no daba abasto con los heridos graves y no podía atender a los pacientes crónicos. La interrupción del tratamiento le ocasionó lesiones cutáneas en los pies. Tras su evacuación de Misrata, tuvieron que amputarle dos dedos y la parte delantera de un pie.

MADAGASCAR



MSF abrió un proyecto en una zona remota en el sur, donde muchas personas tienen dificultades para acceder a la atención sanitaria debido a las largas distancias que las separan de los hospitales regionales.

El sistema sanitario de Madagascar afronta problemas importantes, agravados aún más con la crisis financiera actual. El presupuesto para salud ha sufrido recientemente un

recorte del 50%, y la mitad de todo el personal médico activo se jubilará en los próximos diez años.

Refuerzo de la atención médica en una zona aislada

En abril MSF empezó a trabajar en el hospital de la pequeña ciudad de Bekily, en el distrito de Androy.

El hospital dispone de 20 camas y ofrece atención médica, materna y pediátrica. No hay quirófano, así que las urgencias obstétricas y quirúrgicas se derivan en un 4x4 a los hospitales de Ejeda o de Isoanala, situados a cuatro y dos horas, respectivamente.

Nuestro personal trabaja en los tres departamentos del hospital de Bekily y asiste unos 25 partos al mes. Más de 450 pacientes fueron ingresados en el hospital entre abril y el final del año.

Los equipos también reforzaron tres centros de salud y organizaron clínicas móviles en los alrededores. Hicimos hincapié en la atención materna y renovamos clínicas, donamos suministros, dimos formación y realizamos consultas conjuntas con el personal sanitario local.

Por desgracia tuvimos que suspender nuestra labor a finales de diciembre, tras los desacuerdos con el personal del Ministerio de Sanidad en torno a cuestiones éticas relativas a la gestión de la atención a los pacientes, como la decisión de cuándo podían recibir el alta. Desde entonces hemos pactado ciertas condiciones y retomado las actividades en el hospital.

Hacia el final del año, MSF empezó a trabajar con el Centro para el Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis. En Bekily realizamos actividades de sensibilización sobre la TB y hacemos la prueba y tratamos a los pacientes de esta enfermedad.

Riesgo de catástrofes naturales

Madagascar sufre al menos un desastre natural todos los años, sobre todo ciclones e inundaciones que suelen producirse entre noviembre y marzo. Por tanto, el riesgo de emergencias es alto. MSF está en contacto permanente con la Oficina Nacional para la Gestión de Desastres y Riesgos, con quienes intercambiamos información y realizamos evaluaciones, para responder rápidamente a las emergencias.

Al finalizar 2011 MSF tenía 33 trabajadores en Madagascar, donde operamos por primera vez en 1987.



Vacunación de niños en una clínica móvil en Bekily.

MALAUÍ



La epidemia del VIH ha reducido la esperanza de vida a los 43 años.

Más de un 10% de los malauís de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años son seropositivos. En el distrito de Chiradzulu, con 310.000 habitantes, la prevalencia del VIH es aun más alta, más de un 17%.

MSF empezó a ofrecer tratamiento antirretroviral (ARV) y seguimiento en el hospital del distrito de Chiradzulu en 2001. El objetivo del proyecto era demostrar que el tratamiento ARV era viable en contextos rurales con recursos limitados. Diez años más tarde, más del 55% de los pacientes que empezaron el tratamiento en 2001 siguen vivos y sanos. Al finalizar 2011, 22.000 pacientes recibían el tratamiento ARV en Chiradzulu, incluidos 2.700 niños.

Nuevos modelos de tratamiento

La magnitud de las necesidades sanitarias en Malawi y la escasez de personal (tan solo hay dos médicos en el distrito de Chiradzulu) han llevado a MSF, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, a adoptar nuevos modelos que permiten la ampliación de la atención a más personas. Por ejemplo, los médicos han delegado algunas labores a los enfermeros, lo que se conoce como traspaso de tareas. De este modo, hemos podido ampliar y descentralizar el tratamiento del VIH del hospital a diez centros de salud del distrito de Chiradzulu.

El proyecto ha incorporado también un sistema de citas semestrales, por el que los pacientes de VIH estables que no presentan complicaciones de salud solo ven a su médico cada seis meses. Este sistema reduce la carga de trabajo del personal sanitario y ahorra al paciente tiempo y dinero pues viaja menos a los centros de salud. Al finalizar el año había inscritas en el proyecto de seis meses unas 3.500 personas, lo que representa unas siete mil consultas menos.



Consulta prenatal en el centro de salud de Namitembo, en el distrito de Chiradzulu.

Ampliación del tratamiento en otros lugares

En 2003 empezamos a ofrecer el tratamiento ARV en el distrito de Thyolo siguiendo los mismos modelos que en Chiradzulu, lo que nos ha permitido administrarlo a todas las personas que lo necesitan. Al finalizar 2011, más de 24.420 pacientes recibían atención. Debido a la extensión y refuerzo del programa nacional de tratamiento, MSF ha empezado a traspasar la responsabilidad de los servicios relativos al VIH al Ministerio de Sanidad.

El personal podrá compartir ahora las lecciones aprendidas en el proyecto de Thyolo con el de los distritos vecinos de Nsanje y de Chikhwawa. En un intento de potenciar los servicios relativos al VIH, MSF asesorará al personal, apoyará la ampliación del tratamiento y trabajará para mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención.

Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH)

Sin el tratamiento adecuado, la tasa de transmisión del VIH de madre a hijo es de casi un 40%. Para quienes tienen acceso a los servicios de prevención, esta cifra se reduce a tan solo un 3%.

Existen dos opciones de tratamiento recomendadas para embarazadas. La opción B consiste en administrarles la medicación ARV durante el embarazo y la lactancia e interrumpirla cuando el bebé deja de mamar. La opción B+ es que las embarazadas y lactantes empiecen el tratamiento ARV y lo sigan tomando de

por vida. En ambos casos, el bebé recibe medicación ARV hasta los seis meses de edad. La opción B+ fue introducida en Malawi en octubre de 2011 y ahora forma parte del programa nacional de tratamiento. MSF respalda plenamente esta decisión.

En diciembre había inscritas en el proyecto PTMH B+ más de 1.650 embarazadas en Chiradzulu y 1.500 en Thyolo. En total asistimos casi 3.400 partos en 2011.

Circuncisión de hombres adultos

Varios estudios recientes muestran que la circuncisión masculina reduce el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual de mujeres a hombres en un 60%. MSF puso en marcha en abril de 2012 un proyecto que ofrece la circuncisión a varones adultos en Chiradzulu.

Tuberculosis

Más del 80% de los pacientes de tuberculosis (TB) que se tratan en el hospital del distrito de Chiradzulu son seropositivos. Por ello se ha integrado la atención a los pacientes de TB y VIH, que ahora reciben el tratamiento para ambas enfermedades en una única cita.

Al finalizar 2011 MSF tenía 819 trabajadores en Malawi, donde estamos presentes desde 1986.

MALÍ



Al menos la mitad de esos fallecimientos se deben a la desnutrición y la malaria. Esta última es la principal causa de enfermedad y muerte en el país. En el sur, MSF dirige dos proyectos pediátricos centrados en ambas enfermedades.

Tratamiento de la malaria en Kangaba

El número de decesos por malaria es especialmente alto en Kangaba, en la región de Koulikoro, donde dispensamos tratamiento antipalúdico desde 2005. En 2011 reforzamos once centros de salud. Prestamos atención primaria gratuita a seis mil personas, la mitad menores de cinco años.

Con el fin de mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, hemos formado y equipado a un grupo de 66 expertos en malaria, elegido por las comunidades locales, para diagnosticar y tratar a los habitantes de los pueblos situados a más de cinco kilómetros de un centro de salud. En cinco años, la tasa de mortalidad de los menores de cinco años ha disminuido en un 50% y el número de personas que acuden

Aunque se ha avanzado mucho en la reducción de la mortalidad infantil, 178 de cada mil niños nacidos en el país mueren antes de cumplir los cinco años.

a los centros de salud se ha multiplicado por ocho. En abril, MSF traspasó el proyecto a una asociación maliense, la Alianza Médica contra la Malaria, que continúa con algunas de las actividades en colaboración con una ONG internacional, Alianza para la Acción Médica Internacional.

Atención primaria en Koutiala

En el distrito de Koutiala, en la región de Sikasso, trabajamos en cinco centros de salud y el departamento de pediatría del hospital del distrito desde 2009. En cuatro de los centros, reforzamos a los trabajadores de salud comunitarios y del Ministerio de Sanidad con personal, supervisión, donaciones de medicamentos y apoyo logístico en las consultas externas y vacunaciones, así como en la detección de casos de desnutrición y su tratamiento. El personal trató a 53.000 niños, 30.000 de los cuales tenían malaria.

En el quinto centro, en Konseguela, ofrecemos atención pediátrica integral. Los niños sanos de seis meses a dos años reciben alimentos suplementarios a base de leche, vacunaciones rutinarias y mosquiteras, además de ser visitados entre cada tres y seis meses. En 19 pueblos de esta zona, promotores de salud comunitarios hacen la prueba de la malaria

y administran el tratamiento. También derivan al centro de salud a pacientes de otras enfermedades, como desnutrición. Los trabajadores de salud comunitarios trataron a 7.500 personas con malaria en 2011. MSF realizó 20.000 consultas pediátricas en Konseguela y proporcionó alimentos suplementarios a 1.700 niños.

En el departamento de pediatría del hospital de Koutiala hemos abierto un centro de nutrición terapéutica y una unidad de atención pediátrica intensiva. Durante el pico anual de la malaria, entre agosto y noviembre, el hospital puede asumir hasta cinco veces el número de ingresos habitual al haberse aumentado la capacidad a 350 camas. En 2011, más de 6.600 niños ingresaron en la sala de pediatría y otros 4.800 en el centro de nutrición terapéutica.

En 2012, MSF tiene previsto empezar a dispensar medicación antipalúdica a todos los menores de cinco años como medida preventiva durante la temporada de la malaria, ya que este grupo de edad corre un mayor riesgo de desarrollar malaria severa.

Al finalizar 2011 MSF tenía 360 trabajadores en Malí, donde estamos presentes desde 1992.



Residentes de Konseguela, donde MSF tiene una clínica, participan en un estudio sobre la búsqueda de atención sanitaria entre la población.

MARRUECOS



Los migrantes subsaharianos que intentan entrar en Europa suelen quedar atrapados en Marruecos en condiciones precarias. MSF les ayuda a acceder a los servicios de salud.

Las restrictivas políticas de inmigración y asilo de la UE, que incluyen controles cada vez más numerosos y rigurosos en sus fronteras externas, tienen graves consecuencias para la salud física y mental de los inmigrantes y solicitantes de asilo.

Según el Ministerio del Interior, hay entre diez y veinte mil inmigrantes en situación irregular en Marruecos. Las redadas policiales en las zonas donde viven son frecuentes, al igual que las deportaciones a la zona fronteriza entre Argelia y Marruecos, un desierto donde las temperaturas son extremas y las condiciones de vida, especialmente duras.

Las mujeres, niños y menores no acompañados son víctimas directas del tráfico ilegal de personas. La mayoría caen en las redes de trata de personas: son especialmente vulnerables a los secuestros, las violaciones, la explotación sexual y la violencia.

MSF trabaja en las ciudades norteafricanas de Oujda y Nador, próximas a la frontera con Argelia, y en la capital, Rabat, donde tienden a concentrarse muchos inmigrantes. En 2011, casi la mitad de los que acudieron a MSF en busca de atención médica tenían síntomas asociados a las malas condiciones de vida e higiene, como infecciones cutáneas y respiratorias y problemas digestivos.

Atención médica y psicológica en Oujda y Nador

Aunque las autoridades sanitarias marroquíes han habilitado un sistema oficial de apoyo a las mujeres y niños víctimas de la violencia, este carece de fondos y personal. En Nador, cerca de la ciudad española de Melilla, muchas personas necesitadas de asistencia



Cada vez más inmigrantes viven en condiciones de precariedad extrema en Marruecos.

médica no visitan los centros de salud por miedo a ser deportadas.

En enero, en Oujda, MSF abrió un centro de atención médica, psicológica y de urgencias para mujeres inmigrantes. Atendimos 1.110 consultas externas y 155 urgencias médicas. Más de cuarenta víctimas de abusos sexuales recibieron asistencia médico-psicológica especializada.

Las autoridades no prestan ningún tipo de asistencia especializada a los menores no acompañados. Hemos elaborado un registro de inmigrantes jóvenes, no acompañados, a quienes ofrecemos atención psicológica y apoyo social. La Fundación Oriente-Occidente marroquí ha puesto en marcha actividades psicosociales con mujeres y menores de 18 años.

En total, MSF brindó apoyo psicosocial a más de mil inmigrantes en 290 consultas individuales y 115 grupales en Oujda y Nador.

Además de realizar actividades médicas, distribuimos unos 3.900 kits de higiene, 3.750 mantas, 2.250 lonas de plástico, 1.130 kits de invierno y 1.120 abrigos entre los inmigrantes. También garantizamos el acceso a agua potable de los que vivían en el campo, a las afueras de Oujda y Nador.

Atención a las víctimas de la violencia sexual en Rabat

MSF abrió un nuevo proyecto en Rabat para mujeres inmigrantes víctimas de la violencia sexual. Trabajamos en colaboración con el Ministerio de Sanidad y otras ONG para

coordinar una respuesta a las necesidades de las víctimas de abusos sexuales. Ofrecimos atención médica y psicológica y facilitamos la derivación de pacientes a los servicios sociales y legales. El proyecto se trasladó a un centro compartido con la organización marroquí Oum El Banine, donde el personal asistió a 175 víctimas de la violencia sexual y prestó atención prenatal a 188 mujeres embarazadas como consecuencia de una violación. Se realizaron un total de 106 consultas de salud mental, incluyendo la ayuda psicológica a 70 víctimas de la violencia sexual.

Al finalizar 2011 MSF tenía 32 trabajadores en Marruecos, donde estamos presentes desde 1997.

*Claudine** de Camerún

"Cuando llegamos a Marruecos todos fuimos al campus universitario de Oujda, donde viven muchos inmigrantes. Me encontraba muy mal, creía que me moría, así que pedí a nuestro jefe que me ayudara a buscar ayuda médica. Dos días más tarde llamó al equipo médico de MSF, que vino ese mismo día y me trasladó al hospital.

"Llevo aquí casi una semana. Espero mejorar y poder vivir en Europa. Sueño con estar sana y volver a ver a mi hija algún día."

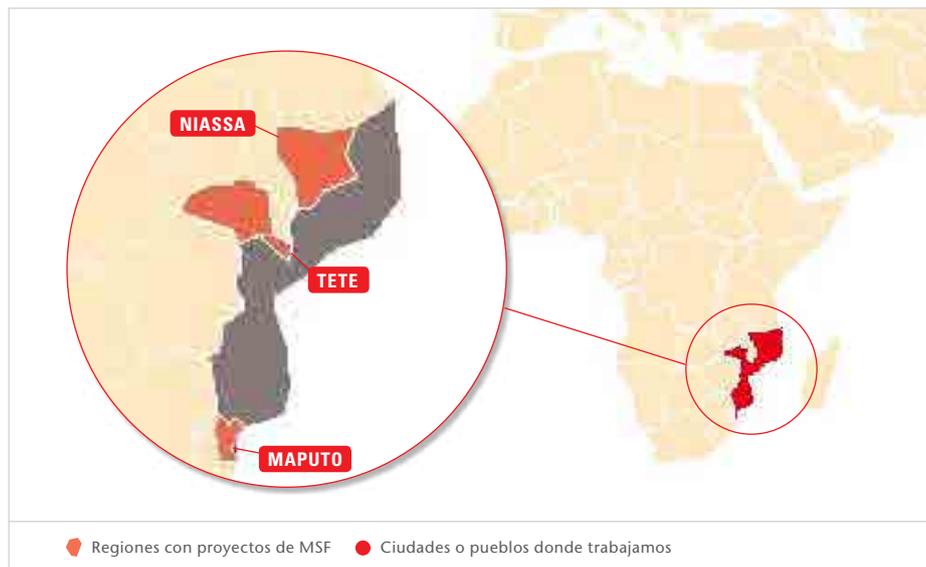
**Nombre ficticio.*

MOZAMBIQUE

Más de un 80% de los seropositivos de Mavalane, el barrio más poblado de la capital, Maputo, ya tienen acceso al tratamiento antirretroviral.

Hace ya diez años que MSF promueve el tratamiento antirretroviral (ARV) en Mozambique, donde ayudamos a las autoridades a ampliarlo a todo el sistema sanitario. MSF refuerza cinco centros de salud que atienden a los pacientes de VIH en Mavalane, así como otros cinco en el distrito de Chamanculo. En noviembre, concluimos el traspaso al Ministerio de Sanidad de los proyectos de atención a pacientes de VIH en Angonia (provincia de Tete) y Lichinga (provincia de Niassa).

Gracias a nuestros métodos innovadores, hemos demostrado la viabilidad de la atención y tratamiento de pacientes de VIH en entornos con recursos limitados. La formación del personal, el traspaso de tareas (por el que se ha capacitado a los enfermeros para dispensar el tratamiento, una función reservada hasta hace poco a los médicos, y al personal no sanitario para desempeñar



trabajos que antes eran competencia exclusiva de los enfermeros) y la descentralización de los servicios de grandes hospitales a clínicas locales han sido factores clave para ampliar la asistencia a más afectados por el VIH y la tuberculosis (TB) en Maputo, Angonia y Lichinga. La integración de la atención a los pacientes coinfectados por VIH y TB también ha permitido que accedan a todo el tratamiento que necesitan en un único sitio.

En total, en 2011 atendimos y tratamos a 28.320 seropositivos, entre ellos más de 1.600 niños. También reforzamos un centro de derivación de pacientes que precisaban atención especializada. Asistimos a pacientes con complicaciones médicas, como los de VIH en tratamiento de segunda línea, con sarcoma de Kaposi, coinfectados por TB o que sufren graves efectos secundarios derivados de la medicación, así como personas con otras enfermedades crónicas.



Carmen está en tratamiento antirretroviral. Vive en la provincia de Tete con su marido y sus dos hijos (ver recuadro).



Pacientes de Lífidi, uno de los centros de salud que refuerza MSF en Angonia (provincia de Tete).

Grupos comunitarios ARV

Impulsados por MSF en 2008, los grupos comunitarios ARV están formados por unos seis pacientes de VIH que se reúnen para apoyarse mutuamente a la hora de tomar la medicación y se turnan para acudir al centro de salud. Cada mes, uno de ellos va al centro, se le hace un reconocimiento médico y recoge los medicamentos para todo el grupo. Este sistema es una solución práctica a las dificultades que supone trasladarse hasta la clínica, como los gastos de transporte y el tiempo que dura la visita, y disminuye la carga del personal sanitario y el número de pacientes que han de hacer cola para recibir el tratamiento. Además, el apoyo mutuo entre los miembros del grupo ayuda a mejorar su adherencia al tratamiento y superar el estigma asociado al VIH.

Este modelo ha sido tal éxito que las autoridades lo han adoptado y, con nuestro apoyo, lo implementarán en todo el país en 2012.

MSF también diseñará una estrategia destinada a crear grupos comunitarios ARV en siete distritos de la provincia de Tete y adaptará el modelo a los barrios marginales de Maputo, donde la prevalencia del VIH es alta. Supervisaremos grupos comunitarios de pacientes coinfectados por VIH y TB, personas que todavía no reciben el tratamiento ARV, niños, adolescentes y trabajadoras sexuales

con el fin de implicarles en la gestión de su tratamiento. Asimismo, desarrollaremos servicios comunitarios de asesoramiento y prueba del VIH. Un equipo móvil visitará las clínicas con un aparato que mide los linfocitos CD4 para acercar este servicio a los pacientes. El control de los linfocitos CD4 permite determinar con más precisión la evolución del virus y qué tratamiento requiere cada paciente. En 2011 inscribimos a 10.720 nuevos pacientes de VIH y unos 5.420 empezaron el tratamiento ARV. Entre julio y diciembre 8.220 personas se hicieron la prueba del VIH.

Menos fondos para la atención sanitaria

A pesar de los avances importantes en la lucha contra el VIH, sigue habiendo muchas carencias. Unos 500.000 mozambiqueños, aproximadamente dos tercios de todos los que necesitan el tratamiento ARV, no lo reciben.

El escaso presupuesto sanitario del Gobierno y la reducción de la financiación internacional han ralentizado considerablemente la respuesta al VIH. En 2001 el Gobierno se comprometió a aumentar el gasto en sanidad en un 15%, pero solo ha sido del 7%, por lo que el país depende mucho de la financiación de los donantes. Pese a estos problemas de financiación y las dificultades administrativas, MSF seguirá presionando para que se amplíe el tratamiento de calidad a más personas.

Al finalizar 2011 MSF tenía 444 trabajadores en Mozambique, donde estamos presentes desde 1984.

Carmen

32 años, Tete

“El día que me dijeron en el hospital que era seropositiva, lloré al llegar a casa. No sabía qué hacer. Fue mi hermana quien me animó a hacer caso al médico. Y estoy contenta de haberlo hecho porque sin la medicación seguramente ya estaría muerta. Ahora tomo las pastillas dos veces al día. Desde el principio se mentí mejor. Antes, mi marido volvía a casa del trabajo y me encontraba en la cama. Pero ahora la verdad es que la medicación ha cambiado mi vida. Cocino todos los días y tengo un pequeño negocio aquí mismo, en casa. También queremos construir una casa con huerto en un terreno que tenemos junto al río. Hay tanto por lo que vivir.”

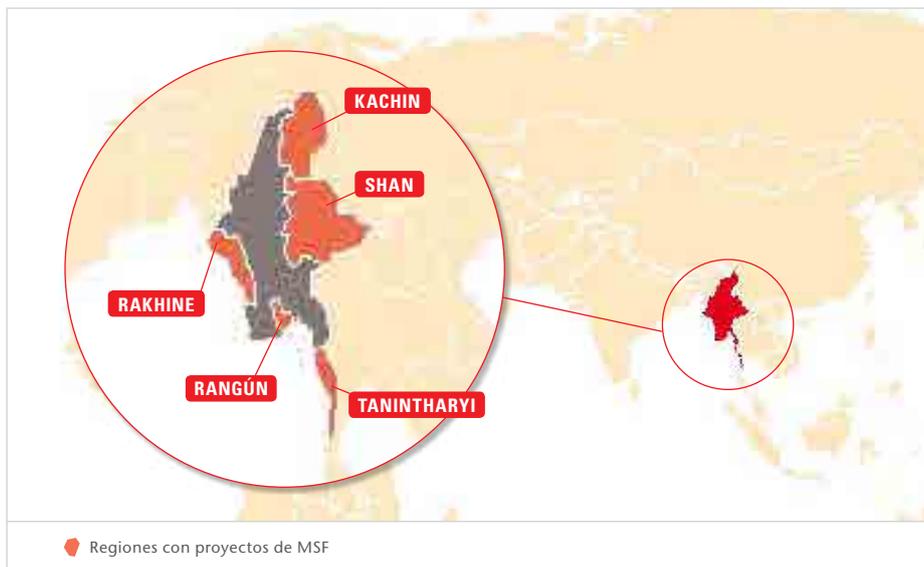
MYANMAR

Más de dos tercios de las 120.000 personas con VIH que viven en el país no reciben el tratamiento antirretroviral que necesitan.

Aunque Myanmar ha aumentado su presupuesto sanitario, el sistema estatal de salud necesita más fondos. Además, pese a ser uno de los países menos desarrollados del sureste asiático, con una elevada incidencia del VIH y la tuberculosis (TB), recibe muy poca ayuda.

Necesidades sin cubrir en la lucha contra el VIH

MSF colabora con el Ministerio de Sanidad y otras agencias para dotar de capacidades técnicas y recursos a los programas de atención a pacientes de VIH en el país. Una cantidad abrumadora necesita tratamiento, pero son pocas las fuentes que suministran medicamentos. Nos hemos visto obligados a tomar decisiones muy duras, como limitar el tratamiento ARV a los pacientes más enfermos en algunas zonas.



Al finalizar 2011 éramos el mayor proveedor de tratamiento ARV en el país, con algo más de 23.000 pacientes de VIH inscritos en nuestras clínicas de los Estados de Kachin, Rakhine y Shan y las regiones de Tanintharyi y Rangún. También ofrecimos educación sanitaria a los grupos de alto riesgo, como

drogodependientes, trabajadores sexuales y homosexuales, así como la prueba del VIH, asesoramiento y servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo.

En la cárcel de Insein, en la capital, Rangún, MSF empezó a administrar ARV a 150 reclusos y trató a 66 pacientes de TB.



© Greg Constantine

Este hombre de 34 años dio positivo en la prueba del VIH en noviembre de 2011. Un mes más tarde empezó el tratamiento antirretroviral.



Una paciente recoge la medicación en la farmacia de la clínica de Insein, en Rangún.

TB y TB multirresistente

Los infectados por TB pueden permanecer asintomáticos y sin contagiar a otras personas durante décadas cuando el sistema inmunológico forma un tejido cicatrizante en torno a la bacteria aislándola del resto del cuerpo. Sin embargo, cuando el sistema inmunológico de un paciente con TB latente se debilita, la enfermedad puede activarse y ser mortal si no se trata.

Como el VIH ataca al sistema inmunológico, el organismo se vuelve más vulnerable a las infecciones, incluida la TB. En muchos países en desarrollo, la TB es una de las primeras infecciones oportunistas que contraen los seropositivos, además de la principal causa de muerte.

La prevalencia de la TB en Myanmar es casi tres veces la media mundial. MSF integra el diagnóstico, asesoramiento y tratamiento de la TB en sus proyectos de VIH. También realizamos estudios en los distritos de las clínicas, donde hacemos la prueba y el seguimiento de los pacientes. En 2011 inscribimos a unos tres mil pacientes de TB en nuestros proyectos en Myanmar.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año 9.300 personas desarrollan tuberculosis multirresistente a los medicamentos (MDR-TB) en el país. La

MDR-TB se transmite por el aire, cuando una persona infectada tose o estornuda, aunque también puede aparecer cuando un paciente de TB, ya sea por una mala administración o un uso incorrecto de la medicación, desarrolla resistencia a dos o más de los medicamentos habituales. El tratamiento de la TB multirresistente puede durar hasta dos años y tiene numerosos efectos secundarios.

En un proyecto piloto que pusimos en marcha junto con el Ministerio de Sanidad en Rangún, 72 pacientes han empezado el tratamiento de la MDR-TB. También está previsto integrar el tratamiento de la MDR-TB en los servicios de atención a pacientes de VIH y TB ya operativos en Dawei, en la región sureña de Tanintharyi.

MSF seguirá ampliando el tratamiento del VIH/sida y la MDR-TB al tiempo que insta a los donantes a respetar sus compromisos.

Exclusión de la atención sanitaria en Rakhine

En Rakhine, MSF siguió atendiendo a una minoría musulmana apátrida, marginada y a menudo excluida de los servicios médicos más básicos. Les ofrecemos atención primaria, poniendo especial énfasis en la salud reproductiva y la malaria.

Tratamiento de la malaria

La malaria es una de las primeras causas de muerte en Myanmar. Las clínicas de MSF proporcionan diagnóstico, tratamiento y prevención en zonas donde la enfermedad es muy común. En total tratamos a unas 93.900 personas.

Al finalizar 2011 MSF tenía 1.290 trabajadores en Myanmar, donde estamos presentes desde 1992.

93.900 PACIENTES DE MALARIA tratados

NÍGER



Pese a la importante mejora de la respuesta a la desnutrición, el país afronta crisis nutricionales crónicas y altas tasas de mortalidad infantil.

Todos los años, Níger se ve afectado por una crisis nutricional que alcanza su punto más álgido durante el periodo de escasez, normalmente entre mayo y septiembre. Aunque hubo buenas cosechas en 2010, la tasa de desnutrición aguda infantil se instaló en torno al umbral de emergencia del 10%.

La mayoría de programas nutricionales iniciados como respuesta a la crisis de 2010 prosiguieron en 2011. El Ministerio de Sanidad, en colaboración con organizaciones nacionales e internacionales, trató a unos 300.000 niños con desnutrición aguda severa e inscribió a más de 650.000 niños en situación de riesgo en los programas de nutrición suplementaria.

La inseguridad y el riesgo de secuestros afectaron negativamente al acceso de las organizaciones de ayuda a algunas comunidades. Aun así, MSF mejoró la

accesibilidad al tratamiento mediante la descentralización de la atención a más centros de salud. Junto con socios locales, tratamos a 104.000 niños con desnutrición aguda.

Región de Maradi

Desde 2008, MSF y Forum Santé Niger (FORSANI), una asociación médica del país, gestionan conjuntamente un proyecto pediátrico y nutricional en Madarounfa, en la región sureña de Maradi. En 2011 el proyecto proporcionó tratamiento a pacientes externos con desnutrición severa en cinco centros de salud. Los niños que además sufrían complicaciones médicas, como anemia severa o neumonía, fueron ingresados en un centro de nutrición terapéutica.

MSF y FORSANI también ofrecieron raciones suplementarias de alimentos a base de leche en los cinco centros para prevenir la desnutrición severa. Un estudio realizado en 2010 por Épicentre, la unidad de investigación epidemiológica de MSF, reveló que una nutrición suplementaria adecuada puede reducir la mortalidad en un 50%. A partir de mayo, MSF and FORSANI reforzaron la unidad pediátrica del hospital del distrito de Madarounfa. Al finalizar el año habían atendido a más de 900 niños. Durante la temporada anual de la malaria, trataron a 750 niños con la enfermedad en un centro de veinte camas en Dan Issa, al sur de Madarounfa. Y durante el brote de sarampión de principios del año vacunaron a 14.000 niños de la zona.

MSF realizó una labor parecida en los hospitales de los departamentos de Dakoro y Guidan Roumdji. Reforzamos al personal de maternidad y pediatría, ofrecimos servicios de esterilización y laboratorio y gestionamos un sistema de derivación de

urgencias en ambulancia. En Guidan Roumdji proporcionamos material médico y fármacos, así como agua y saneamiento. Trabajamos en la sala de pediatría y en el centro de nutrición terapéutica intensiva. También dirigimos programas nutricionales en cinco centros de salud de Dakoro.

En total se realizaron 76.500 consultas en Maradi, más de 44.000 relacionadas con la malaria.

Zinder

MSF se centró en los menores de cinco años en la ciudad de Zinder, la segunda más grande de Níger, y los alrededores. Hemos descentralizado el tratamiento, poniéndolo al alcance de toda la población gracias a los trabajadores de salud comunitarios. También realizamos actividades preventivas y de proximidad, como vacunaciones y exámenes médicos, e informamos sobre cuestiones de salud.

Nuestro personal trabajó en proyectos nutricionales en 18 centros de salud. Vacunamos a 26.700 personas tras un brote de sarampión. También ofrecimos programas nutricionales y consultas pediátricas en la ciudad de Magaria, en la frontera con Nigeria. Fuera de la ciudad, reforzamos los puestos de salud de Dan Tchao y Dungass. En total MSF trató a unos 13.000 niños con malaria, 11.000 con diarrea y 9.000 con infecciones respiratorias.

Regiones de Tahoua y Agadez

En Tahoua, donde se registraron elevadas tasas de malaria en comparación con años anteriores, MSF trató a más de 43.000 personas. En el pico de la epidemia, inscribimos a más de 300 personas con desnutrición y malaria cada semana. También dirigimos dos proyectos nutricionales en los distritos de Madoua y Bouza, en el sur y centro de Tahoua.

Agadez está situada en una de las principales rutas de los inmigrantes que intentan llegar a Europa. Personas vulnerables necesitadas de asistencia médica atraviesan periódicamente la región. MSF se centró en la salud reproductiva y la atención pediátrica de los residentes temporales y realizó casi 4.500 consultas.

Cólera

Entre junio y septiembre ayudamos en la respuesta a un brote de cólera en la capital, Niamey. Habilitamos centros de tratamiento, puntos de rehidratación y sistemas de gestión de residuos. También donamos medicamentos y material y formamos al personal del Ministerio de Sanidad.

Al finalizar 2011 MSF tenía 1.705 trabajadores en Níger, donde estamos presentes desde 1985.



Reconocimiento médico de un niño en el centro de nutrición terapéutica intensiva de Guidan Roumdji, en la región de Maradi.

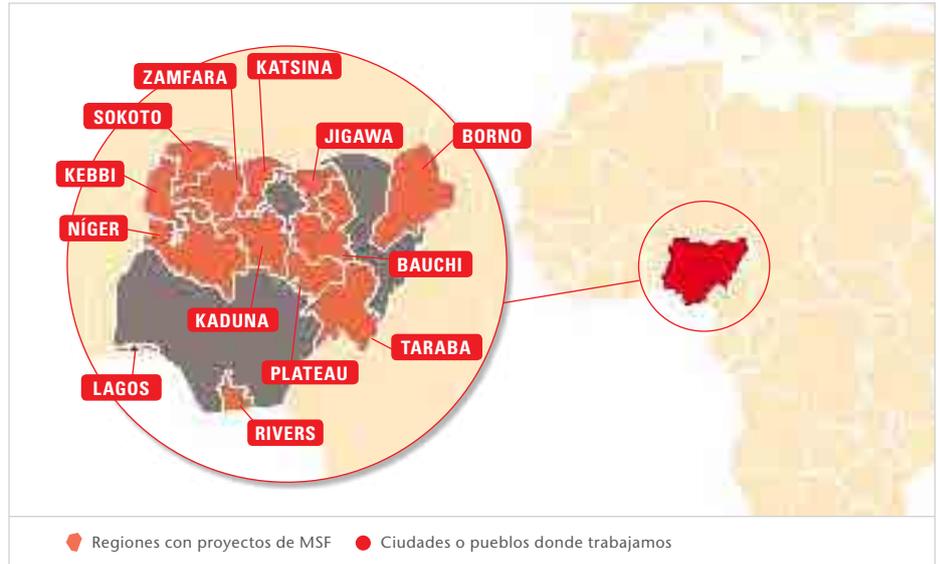
NIGERIA

El aumento de la inseguridad, los frecuentes brotes epidémicos y el débil sistema de salud, sobre todo en el norte del país, dificultan el acceso a la atención sanitaria.

La falta de atención primaria es un problema grave en gran parte del norte de Nigeria. El grupo armado Boko Haram perpetró varios ataques mortales en 2011, al tiempo que aumentaron las tensiones interreligiosas. La creciente inseguridad podría poner en peligro los proyectos de MSF en esta parte del país, lo que limitaría aún más el acceso a la asistencia sanitaria.

En el Estado de Sokoto, MSF refuerza los centros de salud de la ciudad de Goronyo y los alrededores. El personal realizó algo más de 70.300 consultas a menores de cinco años y más de 28.700 prenatales.

En el hospital de Jahun, en el Estado de Jigawa, un equipo quirúrgico practicó 390 operaciones de reparación de fístulas obstétricas. Estas lesiones en el canal de



parto, causadas principalmente por un parto largo y complicado, causan incontinencia e infertilidad, así como estigma y exclusión social, pero se pueden prevenir con una buena atención obstétrica. En 2011 MSF asistió urgencias obstétricas y más de 5.800 partos en el hospital de Jahun.

La desnutrición es endémica en Kazaure, una región densamente poblada junto al Sahel, cerca de la frontera con Níger. En 2011 MSF realizó una encuesta nutricional y trató a más de 16.000 niños con desnutrición severa. Más de cuatro mil tuvieron que ser hospitalizados.



Personal y pacientes del hospital de Jahun, en el Estado de Jigawa, que ofrece atención obstétrica y cirugía de reparación de fístulas.

Intoxicación por plomo en el Estado de Zamfara

Fuimos los primeros que alertamos del gran número de fallecimientos en los pueblos de Zamfara en marzo de 2010. Desde entonces hemos tratado a más de 2.500 niños intoxicados por plomo. Las actividades de extracción de oro a pequeña escala en las que se emplea plomo han contaminado el entorno de varios pueblos de Zamfara. Trabajamos con agencias nigerianas y organizaciones internacionales para promover la adopción de medidas de seguridad y la limpieza medioambiental entre la población dedicada a la minería. En 2012 organizaremos una conferencia que reunirá a diversos expertos para buscar soluciones sostenibles a este problema.

Hospital de traumatología en el delta del Níger

En Port Harcourt, capital del Estado de Rivers, MSF refuerza la capacidad local con un hospital de traumatología de urgencias de 75 camas, donde ofrecemos gratuitamente cirugía de urgencias y atención médica. En 2011 realizamos más de 12.000 consultas de urgencias, nueve mil relacionadas con casos de violencia o accidentes de tráfico. Los cirujanos practicaron un promedio de 340 operaciones al mes. En el hospital también se atendió a más de 750 víctimas de abusos sexuales.

Respuesta a emergencias

Los brotes epidémicos son frecuentes, sobre todo en el norte, por lo que MSF tiene en el país a un equipo de dedicado a la respuesta a emergencias. Durante los brotes de sarampión y cólera en el noroeste de Nigeria, tratamos a más de 7.900 y 4.500 personas, respectivamente. Cuando nos informaron de que muchos niños morían de malaria en dos pueblos, administramos el tratamiento antipalúdico a 277 personas y distribuyó más de 1.400 mosquiteras.

También tratamos a 15.700 personas durante los brotes de sarampión en los Estados de Bauchi y Katsina entre enero y marzo. Colaboramos con el Ministerio de Salud en la vacunación de casi 190.000 niños contra el sarampión en el sur del país y de más de 300.000 contra la polio en los Estados de Plateau y Kaduna. Además, MSF trató a más de 3.200 personas durante un brote de cólera en los Estados de Taraba y Jigawa y vacunó a 260 personas contra la difteria en Borno.

También trabajamos en dos centros de salud de la zona inestable de Jos North durante las elecciones presidenciales para atender posibles casos de víctimas de violencia por motivos políticos.



Joven paciente de la unidad de traumatología de Port Harcourt.

Acceso a la atención en una metrópoli

No es fácil cubrir las necesidades sanitarias de una ciudad tan grande como Lagos, cuya población, de 18 millones, sigue creciendo. MSF se esfuerza para garantizar que una parte de sus habitantes más necesitados tengan acceso a los servicios médicos. Abrimos el centro de salud de Aiyetoro para atender a la población del barrio de chabolas de Makoko, pero al estar situada en una carretera principal ha atraído a habitantes de otros lugares más lejanos. Hemos hecho frente a la mayor carga de pacientes con un sistema de citas, además de derivar a algunos a otros centros.

En Riverine, al igual que en Makoko, los recién llegados a la ciudad que no pueden permitirse vivir en otro sitio han construido casas sobre pilotes en la laguna de Lagos. Las viviendas se extienden hasta tal punto en la laguna que algunos residentes nunca han pisado tierra firme, donde están los centros de salud. En enero MSF abrió una clínica flotante en Makoko y un puesto de salud en Badia, cerca de las vías del tren. Somos los únicos que prestamos atención gratuita en la zona.

En octubre traspasamos los servicios de atención primaria en el barrio de Otto al Ministerio de Sanidad para centrarnos en la salud sexual y reproductiva.

En total atendimos a más de 18.100 pacientes en nuestras clínicas en Lagos. Administramos más de 18.000 vacunas, asistimos más de 1.200 partos y hospitalizamos a 900 pacientes.

Amina

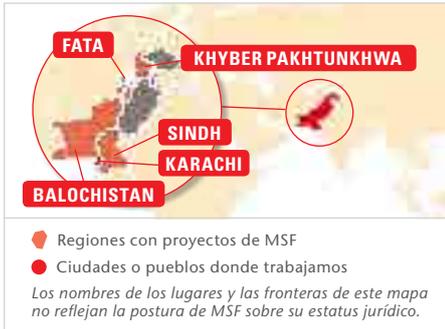
Amina tenía 16 años cuando se puso de parto. Estaba en casa, y sola. Tal y como marca su cultura, no hizo ningún ruido y no buscó ayuda. Pero al cabo de cuatro días aún no había parido y un vecino la llevó al hospital, donde el bebé nació muerto.

El bebé no pudo pasar a través de la pelvis poco desarrollada de Amina. Sin atención médica especializada, los tejidos blandos de su pelvis se comprimieron durante los días que estuvo de parto. El tejido murió y a ella le quedó una fístula obstétrica.

Amina sufrió incontinencia durante cuatro años. Su marido se divorció de ella. Su madrastra pensó que no era pura. Al final acudió al hospital de Jahun, donde le practicaron cirugía reparadora y la ayudaron después a recobrar la continencia y su vida.

Al finalizar 2011 MSF tenía 1.051 trabajadores en Nigeria, donde estamos presentes desde 1996.

PAKISTÁN



La inseguridad y los desastres naturales han mermado la atención sanitaria en el país.

A principios de 2011, unos seis meses después de las primeras inundaciones, muchas personas comenzaron a regresar a sus casas y MSF redujo sus actividades de atención médica y suministro de agua potable. En las provincias de Sindh y Balochistán, donde las aguas tardaron más en retirarse, la vuelta a la normalidad fue más dura, pues la población carecía aún de comida y refugio. Por ello, nuestros equipos siguieron trabajando en Dera Murad Jamali (Balochistán) y en Johi y Karachi (Sindh), donde operaron proyectos nutricionales y proporcionaron ayuda y refugios temporales. Con la llegada del invierno, distribuyeron cerca de dos mil refugios temporales de bambú y lonas de plástico en los distritos de Johi y Jamshoro.

En los campos de las afueras de Karachi vivían más de 20.000 personas en condiciones de insalubridad. Con el fin de prevenir enfermedades, MSF operó clínicas móviles y distribuyó agua potable y ayuda de emergencia. Tras atender unas 21.000 consultas, a finales de mayo traspasamos

nuestras actividades médicas y de agua y saneamiento a las autoridades sanitarias de Karachi.

En agosto, las fuertes lluvias, que se prolongaron durante varias semanas, volvieron a causar graves inundaciones, sobre todo en Sindh. Dos meses después, en la región de Tando Bago, el terreno a ambos lados de las carreteras elevadas seguía anegado. Entre septiembre y noviembre, nuestras clínicas móviles atendieron a las familias desplazadas que vivían en campos o junto a las carreteras en los distritos de Badi y Tharparkar. También asistieron a los afectados por las inundaciones en el distrito de Moro.

Durante el monzón, MSF abrió centros temporales de tratamiento de la diarrea en varias zonas de la provincia de Khyber Pakhtunkhwa y en la Agencia Kurram en las Áreas Tribales bajo Administración Federal (FATA) en respuesta al aumento de casos de diarrea aguda. Tratamos a 9.774 pacientes.

Atención de urgencias

Aunque hubo algunos periodos de tregua, la situación en las regiones norteñas de Khyber Pakhtunkhwa y las FATA permaneció tensa debido a la arraigada violencia sectaria y los combates entre las fuerzas gubernamentales y grupos armados de la oposición.

En este contexto, la atención médica de urgencia sigue siendo uno de los elementos clave de la labor de MSF. En Khyber Pakhtunkhwa, tratamos a miles de pacientes en los departamentos de urgencias y los quirófanos de los hospitales de Dargai y Timergara. En la sala de reanimación de este último tratamos a más de 18.800 pacientes y practicamos más de dos mil operaciones. A unos setenta kilómetros de la frontera afgana, en Hangu, atendimos a una media de 1.500

pacientes al mes en el departamento de urgencias del hospital de Tehsil.

En las ciudades de Alizai y Sadda, en la Agencia Kurram, MSF reforzó los hospitales locales con atención pediátrica y la gestión de los incidentes con un número elevado de víctimas. También operamos un servicio de ambulancias que trasladó a los pacientes necesitados de atención especializada de Kurram y Hangu a Peshawar.

En octubre, después de trabajar durante 18 meses en el departamento de urgencias del hospital principal de Mingora, en el distrito de Swat, reforzamos la capacidad de nuestras actividades y las traspasamos al Ministerio de Sanidad.

Además, atendimos las urgencias en el hospital del distrito de Chaman, ciudad de la provincia de Balochistán y frontera con Afganistán. Muchos afganos suelen acudir a este hospital en busca de atención médica. MSF trató a unos 9.300 pacientes en 2011.

En todos los hospitales donde trabaja MSF se prohíbe la entrada con armas por motivos de seguridad, tanto la de los pacientes como la del personal médico. Todos están preparados para atender incidentes con un gran número de heridos, como un accidente de tráfico o la explosión de una bomba.

Salud materno-infantil

Debido a la escasa atención de urgencias obstétricas de calidad, las mujeres afrontan riesgos importantes durante el parto, más aún en las zonas inseguras, donde las restricciones dificultan su acceso.

En la provincia de Khyber Pakhtunkhwa, MSF asistió más de siete mil partos en los hospitales de Dargai y Timergara. En mayo abrimos un hospital de maternidad de 30 camas en el distrito de Peshawar. Allí atendemos embarazos y partos complicados. También reforzamos la atención pre y posnatal en las clínicas de las autoridades locales.

En Balochistán, prestamos atención obstétrica integral en los hospitales de distrito de Dera Murad Jamali y Chaman. También hemos abierto un hospital pediátrico de 50 camas en Quetta, la capital de la provincia, donde ofrecemos atención pediátrica y neonatal gratuita y un centro de nutrición terapéutica.

En la ciudad de Kuchlak, que alberga a un gran número de nómadas e inmigrantes y refugiados afganos, operamos una clínica materno-infantil con una sala de partos. Las mujeres que necesitan cesárea u otro tipo de atención médica especializada son derivadas al hospital de Quetta.

Al finalizar 2011 MSF tenía 1.295 trabajadores en Pakistán, donde estamos presentes desde 1986.



MSF ha habilitado una clínica móvil en un edificio público abandonado, donde cientos de familias se han refugiado de las inundaciones.

PAPÚA NUEVA GUINEA



Las víctimas de la violencia sexual y doméstica tienen problemas para acceder a los servicios médicos.

La tasa de violencia sexual y doméstica es muy alta en Papúa Nueva Guinea. La mayoría de las víctimas son mujeres y niños. La pobreza, el desempleo, las drogas y el alcohol son algunos de los factores que contribuyen a estos abusos, que no se suelen denunciar. Aunque el problema está extendido, la atención es insuficiente y, en muchos lugares, nula.

MSF gestiona el centro de apoyo familiar del hospital general Angau Memorial, en la ciudad de Lae, que presta atención médica y psicosocial a las víctimas de la violencia sexual y familiar de manera segura y confidencial. En 2011 ofrecimos asistencia integral y gratuita a unas 2.200 personas. Tenemos otro centro de apoyo familiar en Tari, en la provincia de las Tierras Altas del Sur, donde asistimos a unas 900 personas. MSF formó al personal de los centros sanitarios del país para establecer sus propios centros de apoyo familiar.

En el hospital de Tari atendemos urgencias quirúrgicas además de gestionar el centro de apoyo familiar. Realizamos más de 800 operaciones y diez mil consultas externas. Más de un tercio de los casos estaban relacionados con la violencia.

Atención en el sur de Bougainville

En la Región Autónoma de Bougainville, escenario de numerosos conflictos, sobre todo en los ochenta y noventa, se ha descuidado el sistema sanitario durante muchos años. Sigue habiendo un conflicto de baja intensidad y el acceso a la atención sanitaria es limitado.



Miembros del equipo de MSF que trabaja en el Centro de Apoyo Familiar en el hospital general Angau Memorial, en Lae.

MSF reforzó el centro de salud de Buin, en el sur de la isla de Bougainville, tras el alto al fuego de 1998. En abril de 2011 regresamos para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria. Atendimos unas 6.820 consultas externas y a más de 570 pacientes hospitalizados.

Muchas mujeres de Bougainville tienen que recorrer distancias enormes si quieren dar a luz en una clínica. MSF y el Ministerio de Sanidad de Papúa Nueva Guinea han abierto en Buin una casa de acogida donde las mujeres pueden pasar las últimas semanas de su embarazo y, de ese modo, estar cerca de los servicios médicos cuando se pongan de parto. Más de 210 dieron a luz en el centro de salud y 28 casos complicados fueron derivados al hospital de Buka.

Ahora se está renovando el centro de salud. La modernización del laboratorio mejorará nuestro apoyo al tratamiento y seguimiento de los pacientes de tuberculosis. En 2011 atendimos a 44.

Cuando en abril y mayo Bougainville sufrió el primer brote de cólera de su historia, tratamos en Buka a 521 personas.

Al finalizar 2011 MSF tenía 164 trabajadores en Papúa Nueva Guinea, donde operamos por primera vez en 1992.

Mona

23 años, centro de salud de Buin

"Estoy embarazada de ocho meses. He venido porque en mis dos primeros embarazos perdí a los bebés al intentar dar a luz en casa. Deseo tanto tener este bebé. Esperaré aquí hasta que nazca. Sé que el parto será seguro en el centro de salud."

1.540 PARTOS asistidos

PARAGUAY



La escasez de medicamentos en octubre obligó a MSF a reducir las actividades de detección de casos de Chagas en el distrito de Boquerón.

Aunque al principio muchos infectados por Chagas son asintomáticos, más adelante hasta un tercio desarrollan problemas graves de salud, como complicaciones intestinales o cardíacas, que pueden ser mortales. La enfermedad se transmite principalmente por la picadura de la vinchuca, un chinche que vive en las grietas de las casas de adobe. Por ello, los habitantes de casas precarias son los más vulnerables.

Interrupción del suministro de medicamentos

En los últimos años ha mejorado la respuesta al Chagas. Los datos médicos avalan los beneficios de un uso generalizado del benznidazol que incluya a los adultos en la fase crónica (asintomática) de la enfermedad, lo que ha producido un aumento de la demanda de este fármaco.

Pero por problemas de planificación del laboratorio estatal brasileño, el único que fabrica benznidazol en todo el mundo, se interrumpió la producción en 2011. MSF exhortó al Ministerio de Sanidad de Brasil a tomar las medidas oportunas para reanudarla. A pesar del compromiso del ministerio para acelerar la producción y la aprobación del organismo regulador, seguía habiendo problemas de suministro al finalizar el año.

El Gran Chaco

La estrategia de Paraguay, dirigida a la prevención del Chagas mediante el control de la vinchuca, ha sido un éxito: en algunas regiones se ha logrado erradicar la transmisión.

MSF se centra en el tratamiento de la enfermedad, así como en la información al personal sanitario, sobre todo los que trabajan en los centros de salud locales, sobre las opciones de tratamiento.



Personal de MSF hace la prueba del Chagas a habitantes del pueblo de Campo Loa.

El Gran Chaco es una vasta región aislada en el noroeste de Paraguay. El clima es muy duro; las ciudades, pequeñas y muy alejadas entre sí, y el transporte público, limitado. Además, hay pocos centros de salud.

En el departamento de Boquerón, MSF refuerza el hospital regional en Mariscal Estigarribia. Tras equiparlo con material de laboratorio nuevo, iniciamos la detección de casos de Chagas en 2010. El primer grupo de pacientes completó su tratamiento en mayo de 2011.

Trabajamos con las autoridades nacionales para formar al personal de diez centros médicos de Boquerón. También reforzamos los centros de salud rurales en las ciudades de Doctor Pedro P. Peña y Pirizal. Nuestros equipos móviles visitaron más comunidades remotas, donde informamos sobre el Chagas y ofrecimos la prueba y el tratamiento de la enfermedad. Animaron a la población a avisar a las autoridades de la presencia de la vinchuca para facilitar su fumigación.

En 2011 se hicieron la prueba del Chagas más de 3.100 personas, 416 de las cuales dieron positivo. Más de la mitad, 218, comenzaron el tratamiento de la enfermedad. Del resto, algunos decidieron no iniciarlo, mientras que otros no pudieron debido a su edad o a que se trataba de mujeres embarazadas o lactantes.

Bus del Chagas

Un equipo de MSF siguió recorriendo el país en el "Bus del Chagas", donde informan sobre el Chagas, cómo se transmite y cómo acceder al diagnóstico y tratamiento junto a colegios y hospitales. En 2011 el autobús visitó la capital, Asunción, y los

departamentos de Paraguari, Cordillera y Central.

Con el apoyo del Ministerio de Sanidad y la Organización Panamericana de Salud, MSF organizó un simposio científico sobre el Chagas en la Universidad de Asunción. Más de 200 personas, la mayoría médicos, acudieron al evento.

Al finalizar 2011 MSF tenía 35 trabajadores en Paraguay, donde estamos presentes desde 2010.

MSF
hizo la
prueba del
CHAGAS
a
3.100
PERSONAS

REPÚBLICA CENTROAFRICANA



El país necesita urgentemente asistencia médica a gran escala, tal y como indican las tasas de mortalidad, que superan sistemáticamente el umbral de emergencia.

Las tasas de mortalidad en 2011 fueron especialmente altas debido a la prevalencia de enfermedades prevenibles y tratables, el fallido sistema de salud y el largo conflicto. Para colmo, la financiación de la sanidad pública se está reduciendo. En su informe *RCA, una crisis silenciosa*, publicado en 2011, MSF hizo un llamamiento para que se incrementase la asistencia sanitaria en el país.

MSF trabaja en cinco de las 17 prefecturas del país. Reforzamos nueve hospitales y 36 centros de salud, principalmente en las zonas fronterizas más inestables, donde el acceso a la atención sanitaria es muy complicado.

Proyectos de emergencia

En 2010, el equipo de MSF en Mambéré-Kadeï abrió un nuevo proyecto en Carnot para ofrecer atención pediátrica y tratamiento integral de la tuberculosis (TB) y el VIH en el hospital del distrito y cuatro puestos de salud. En 2011, tratamos a casi 520 nuevos pacientes de VIH y realizamos 5.500 consultas.

Aunque Carnot no está afectada por ningún conflicto ni acoge grandes cantidades de desplazados, los estudios revelaron en 2011 que la tasa de mortalidad superaba al menos tres veces el umbral de emergencia.

En octubre traspasamos a las autoridades el proyecto de asistencia de emergencia en la ciudad de Gadzi.

En la ciudad fronteriza de Zémio seguimos atendiendo a las personas que huyen de la violencia en República Democrática del Congo. Atendimos casi 31.000 consultas y, hacia el final del año, empezamos a

administrar el tratamiento antirretroviral (ARV) a pacientes de VIH.

Refuerzo de la atención primaria y especializada

En la ciudad de Paoua, en Ouham-Pendé, una zona que se recupera del conflicto, un equipo de MSF presta servicios de pediatría, cirugía, maternidad, urgencias y consultas externas. Además de realizar 18.900 consultas externas en ingresar a más de 2.700 pacientes en el hospital, atendimos en siete centros de salud de los alrededores.

También ofrecemos servicios similares en lugares afectados por la inseguridad y la violencia. En los hospitales de Batangafo, Boguila y Kabo, en la prefectura vecina de Ouham, realizamos unas 16.700 consultas y 940 ingresos y asistimos más de 180 partos mensuales. En Boguila, MSF organiza periódicamente "campamentos quirúrgicos", visitas en las que durante un periodo de tiempo limitado nuestros equipos practican intervenciones quirúrgicas especializadas no disponibles en la zona. También trabajamos en 14 puestos de salud situados en los alrededores.

MSF confirmó que se ha logrado controlar la enfermedad del sueño (tripanosomiasis humana africana) en la zona de Maitikoulou. La enfermedad del sueño es una infección parasitaria, mortal si no se trata, transmitida por la mosca tsé-tsé. MSF demostró que la prevalencia había caído por debajo del 0,5%. Antes de cerrar algunos puestos de salud y traspasar la gestión del hospital de Maitikoulou al Ministerio de Sanidad,

atendimos más de 56.000 consultas de medicina general y 35.000 prenatales.

En Ndele, la capital de la prefectura de Bamingui-Bangoran, un equipo de MSF brinda asistencia médica a desplazados y residentes. En el hospital, nuestros cirujanos realizaron una media de 14 intervenciones mensuales. Además, operamos clínicas móviles y trabajamos en cinco centros de salud.

La lucha contra la malaria, el VIH y la TB

La malaria sigue siendo una gran amenaza para la salud pública en República Centroafricana, además de la principal causa de mortalidad y morbilidad infantil. En 2011, MSF trató a más de 212.000 pacientes.

En julio de 2011, 998 pacientes de VIH recibían el tratamiento ARV en clínicas de MSF, un aumento significativo respecto al año anterior. Sin embargo, según el Centro Nacional para la Lucha contra el Sida, unas 45.000 personas, entre ellas 14.000 niños, necesitan el tratamiento ARV, cuando solo la tercera parte, unas 15.000, lo han iniciado.

La prevalencia de la TB tanto entre seropositivos como seronegativos ha aumentado considerablemente. Se calcula que se ha duplicado entre 1990 y 2009. MSF realiza la prueba de la TB y atiende casos de la enfermedad en sus hospitales de Batangafo, Kabo y Ndele.

Al finalizar 2011 MSF tenía 1.341 trabajadores en República Centroafricana, donde estamos presentes desde 1996.



Traslado de una embarazada al hospital de Paoua, en Ouham-Pendé.

REPÚBLICA DEL CONGO



Miles de refugiados que huyeron de la violencia en República Democrática del Congo en 2009 temen regresar a sus casas y siguen en el país vecino.

MSF refuerza la atención médica en el distrito de Bétou, en el departamento de Likouala, fronterizo con República Democrática del

Congo. Cada mes ingresan en el hospital de Bétou, de 89 camas, una media de 400 pacientes. Cerca de la mitad son mujeres que necesitan servicios de maternidad, y otro tercio, niños. En 2011 asistimos más de 2.600 partos. También trabajamos con el personal de los programas congoleños para el VIH y la tuberculosis (TB). Desde enero de 2010 hemos tratado a 80 pacientes de TB, y 60 de VIH han iniciado el tratamiento antirretroviral. El hospital realizó más de 2.600 consultas externas al mes, la mayoría pediátricas por infecciones respiratorias y malaria.

Para garantizar el acceso a la atención médica de la población que vive junto al río Ubangui, MSF reforzó dos centros de salud, uno en Ipenkbele, al norte, y otro en Boyele, al sur, y sirvió las zonas más remotas con clínicas móviles. Prestamos atención primaria y prenatal y tratamos casos de desnutrición severa. Atendimos más de 8.900 consultas al mes. Los pacientes que precisaban atención médica especializada urgente fueron trasladados en barco a Bétou.

Brote de poliomielitis en Pointe-Noire

Cuando a principios de diciembre de 2010 se produjo un brote de poliomielitis en el suroeste del país, el Ministerio de Sanidad pidió ayuda a MSF. Respondimos con el envío de un equipo a la unidad de cuidados intensivos del hospital Adolphe Cissé, en la ciudad de Pointe-Noire.

La poliomielitis es una enfermedad vírica incurable que ataca el sistema nervioso y puede causar parálisis. Nuestro personal trató los síntomas de los pacientes y realizó sesiones de fisioterapia, esenciales para limitar los daños a largo plazo de la enfermedad. Atendimos a más de 140 pacientes. En marzo, tras bajar el número de casos, traspasamos los servicios de fisioterapia y movilidad a Handicap International.

Al finalizar 2011 MSF tenía 280 trabajadores en República del Congo, donde estamos presentes desde 1997.



Las clínicas móviles se desplazan en barco para acceder a la población que vive en zonas remotas junto al río Ubangui.

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

En el país resulta difícil acceder incluso a los servicios sanitarios más básicos.

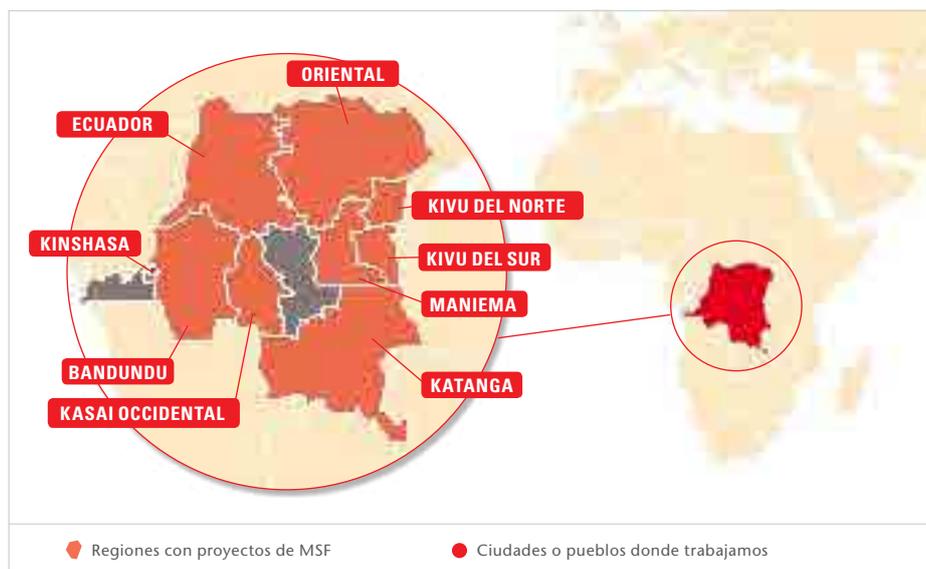
La violencia en el este del país está a la orden del día debido a los continuos cambios en las alianzas entre los grupos armados y los bandidos.

Pese a que en esta región las necesidades médicas son ingentes y la tasa de mortalidad infantil una de las más altas del mundo, en ocasiones la inseguridad general y la delincuencia han obligado a MSF a suspender sus actividades médicas.

Respuesta a epidemias

MSF cuenta con una red de equipos de emergencia listos para responder a brotes epidémicos en todo el país. En 2011, tras una epidemia de sarampión, vacunamos a más de tres millones de niños y tratamos a más de 13.700 pacientes de la enfermedad.

La malaria es la causante de un 40% de la mortalidad infantil en la RDC. En comparación



con 2009, en 2011 el número de pacientes de malaria ingresados en los hospitales del este del país se incrementó en un 250%. Tratamos a más de 158.000 en las provincias de Kivu del Norte, Kivu del Sur, Katanga, Ecuador, Oriental y Maniema.

También respondimos a brotes de cólera en las provincias de Kivu del Norte, Kivu del Sur, Oriental, Bandundu y Ecuador y la capital, Kinshasa, donde abrimos centros de tratamiento y atendimos a miles de pacientes.

Atención a pacientes del VIH

Aunque el país tiene más de un millón de seropositivos, la cobertura del tratamiento antirretroviral (ARV) es una de las más bajas del mundo. Unos 350.000 necesitan el tratamiento, pero no lo reciben. Pese a que hemos comprobado un aumento del número de personas que lo necesitan, los donantes han reducido su aportación financiera a los programas de VIH.

En Kinshasa gestionamos un hospital dedicado al tratamiento del VIH. Nuestros proyectos en hospitales y centros de salud de todo el país también ofrecen atención a pacientes de VIH. En total, tratamos a más de cinco mil.

Proyecto de la enfermedad del sueño

La prevalencia de la enfermedad del sueño (trpanosomiasis humana africana) en los distritos de Uélé Alto y Bajo, en la provincia Oriental, es de las más altas del mundo. Esta enfermedad parasitaria, transmitida por la mosca tsé-tsé, es mortal si no se trata. En 2011, hicimos la prueba a decenas de miles



Un cirujano del hospital de Dungu opera a una mujer herida en un accidente de motocicleta.



Un enfermero examina a un niño de 16 meses en la clínica de desnutrición del hospital de Niangara.

de personas en una clínica móvil y en los proyectos de Dingila (Uélé Alto) y Doruma (Uélé Bajo) y tratamos a unos 1.500 pacientes.

Atención a las víctimas de conflictos

A finales de 2011, había más de 500.000 desplazados oficiales en Kivu del Norte y otros 630.000 en Kivu del Sur.

MSF gestiona varios proyectos de atención médica a las personas atrapadas por conflictos en los hospitales y centros de salud de ambas provincias. En Kivu del Norte prestamos atención primaria y especializada en Masisi, Mweso, Pinga, Birambizo, Rutshuru y Nyanzale, así como en las ciudades de Goma y Butembo y sus alrededores. En 2011, traspasamos algunos de los servicios del hospital de Rutshuru al Ministerio de Sanidad. En total, atendimos más de 404.000 consultas en la provincia. En Kivu del Sur ofrecemos servicios similares en Kalonge donde el proyecto se amplió a tres nuevos centros de salud: Lulingu, Hauts Plateaux y Shabunda, y en un segundo hospital en Matili. Además, operamos clínicas móviles para los habitantes de las zonas más remotas (a algunos lugares solo se puede acceder tras una larga caminata) y de los campos de desplazados. También tenemos un equipo dedicado a la respuesta de emergencia.

En cinco campos en la frontera de Kivu del Sur con Katanga dispensamos atención primaria, vacunaciones incluidas, y apoyo nutricional, además de garantizar el acceso a agua potable. En septiembre empezamos a trabajar

en dos campos en el norte de la ciudad de Kalemie (Katanga), donde proporcionamos atención primaria y alimentos.

Durante varias semanas, nuestros cirujanos realizaron intervenciones para reparar fístulas obstétricas en los proyectos de Manono, Shamwana y Masisi, en Katanga y Kivu del Norte. Las fístulas obstétricas son lesiones en el canal de parto debidas a partos largos y complicados. Causan incontinencia y, con ella, exclusión social. En 2011 operamos a más de 110 mujeres.

En la provincia Oriental traspasamos algunas de nuestras actividades en Bunia a Sofepadi, una organización local que ofrece tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, servicios de planificación familiar y asistencia a víctimas de agresiones sexuales. MSF brinda a Sofepadi apoyo médico, técnico y financiero, mientras que nuestros equipos se han centrado en responder a emergencias y en el tratamiento de menores de 15 años seropositivos. En Gety prestamos atención primaria y de urgencias y operamos un servicio de 24 horas de nutrición terapéutica.

En abril, hombres armados y uniformados abrieron fuego en Kivu del Sur contra un vehículo de MSF que viajaba a Marungu, cerca de Hauts Plateaux. Atracaron al conductor y se llevaron todo lo que había en el vehículo. Más adelante, un grupo de pistoleros atacó otro vehículo de MSF en la carretera entre Bukavu y Uvira e hirió a dos de nuestros trabajadores. En noviembre,

un grupo de hombres armados entró por la fuerza en la residencia de MSF en Masisi (Kivu del Norte) y abrió fuego. Un miembro del equipo resultó herido de bala en el hombro. Suspendimos nuestras actividades médicas móviles en la zona, aunque continuamos reforzando el servicio de urgencias del hospital general de Masisi. En 2011 hubo 108 ataques a trabajadores humanitarios en Kivu del Norte.

Atención hospitalaria en Maniema

MSF se hizo cargo del hospital de Lubutu en 2006. Al final de 2011, la capacidad del hospital, que sirve a cien mil personas, era de 160 camas y la mortalidad en la zona, cinco veces menor que en 2005. En 2012, MSF tiene previsto traspasar las actividades a otra ONG.

Violencia sexual

Además de asistir a víctimas de agresiones sexuales en muchos de nuestros proyectos regulares, respondimos a unos diez casos de violaciones masivas en torno a Fizi (Kivu del Sur) y Pinga (Kivu del Norte). Más de 2.300 personas recibieron atención médica y psicológica.

Al finalizar 2011 MSF tenía 2.919 trabajadores en República Democrática del Congo, donde estamos presentes desde 1981.

RUSIA



El largo conflicto en la región del norte del Cáucaso ha dejado lagunas en muchas áreas del sistema sanitario.

MSF trabaja para subsanar algunas de estas carencias en Chechenia e Ingushetia.

Resurgimiento de la tuberculosis (TB)

En el norte del Cáucaso, la destrucción y el desplazamiento causados por el conflicto, principalmente entre las autoridades rusas y los separatistas chechenos, han favorecido el resurgimiento de la TB, sobre todo la resistente a los medicamentos.

En el marco de nuestro proyecto de TB en Chechenia, en 2011 seguimos mejorando el acceso a la atención médica y el tratamiento, solo que apostamos por la descentralización de este último ofreciendo asistencia domiciliaria a los pacientes. Los pacientes toman su medicación bajo supervisión para garantizar que toman la dosis correcta cuando corresponde y, de ese modo, evitar que desarrollen resistencia a los fármacos. Entre enero y diciembre inscribimos a unos 500 pacientes en nuestro programa de TB.

Apoyo a los atrapados por la violencia

En 2011 cerramos nuestro proyecto en la ciudad de Khasavyurt, en Daguestán, donde prestábamos atención sanitaria y asesoramiento a inmigrantes para centrarnos en los de Chechenia e Ingushetia, sobre todo las áreas montañosas más afectadas por la violencia y las medidas gubernamentales contra los insurgentes.

Los efectos psicológicos del conflicto han sido de largo alcance. Hemos realizado unas ocho mil sesiones de asesoramiento individual y 1.700 grupales en Chechenia, así como 5.100 individuales y 1.020 grupales en Ingushetia.



Un médico visita a los pacientes del Dispensario de TB del Hospital Republicano de Grozni.

Atención a mujeres y niños

En Grozni, la capital de Chechenia, dispensamos atención ginecológica y pediátrica ambulatoria. Ofrecimos servicios similares en clínicas móviles en los distritos de Shelkovskoy y Naursky, en el norte de Chechenia, y Shatoy, en el sur.

Cada mes, visitaron las clínicas un promedio de 1.500 mujeres, el 60% de las cuales fueron diagnosticadas con infecciones de transmisión sexual y tratadas. También atendimos 1.620 consultas pediátricas al mes, el 62% con menores de cinco años.

Respuesta a una emergencia cardiaca

Las enfermedades cardiovasculares son la causa de unos dos tercios de las muertes en Chechenia. Durante los primeros seis meses de 2011, trabajamos en la renovación del programa de emergencias del Hospital Republicano de Emergencias de Grozni. A mediados de año, con el laboratorio clínico ya operativo, empezamos a atender pacientes. Al finalizar el año habíamos ingresado a más de 800, el 72% con síndrome coronario agudo, que puede provocar infartos.

En julio dispensamos trombólisis en la que fue la primera intervención cardiaca de emergencia de nuestra historia. Al final del año este procedimiento, que consiste en la eliminación de coágulos sanguíneos, se había practicado con éxito en 17 pacientes.

Al finalizar 2011 MSF tenía 179 trabajadores en Rusia. Estamos presentes en el país desde 1988 y en el norte del Cáucaso, desde 1995.

Malika

28 años, Grozny

“Tenía miedo de la tuberculosis desde niña, pues oía historias de gente que moría de la enfermedad. Luego yo misma la contraí”. Cuando Malika fue diagnosticada con TB, su estado era grave y pasó cuatro meses en un hospital de TB, a lo que siguió un tratamiento posterior. “Jamás me olvidé de tomar las pastillas”, dice Malika. “Elisa, del equipo de adherencia al tratamiento, me llamaba cada día y me apoyaba emocionalmente”. Al cabo de seis meses de tratamiento, los resultados de las pruebas fueron buenos. Malika estaba libre de TB.

SIERRA LEONA



Diez años después, el país sigue recuperándose de la guerra civil. MSF trabaja en la mejora de la salud materno-infantil.

La red de voluntarios contra la malaria, que diagnostican y tratan casos sencillos en sus comunidades, no fue tan grande como en años anteriores. MSF sigue apoyándoles, aunque ha reorientando sus actividades hacia la prestación de tratamiento especializado en Gondama.

su enfermedad o embarazo. MSF opera un servicio de tres ambulancias que trasladan gratuitamente a los pacientes al hospital de Gondama las 24 horas del día. Los casos complicados son derivados a la capital, Freetown.

En el hospital de referencia de Gondama, a las afueras de Bo, la segunda ciudad más grande del país, MSF dispensa atención obstétrica y pediátrica especializada. En 2011, asistimos a más de 8.700 niños y más de 1.300 partos, 723 de los cuales fueron por cesárea.

También tratamos a más de 1.600 niños con desnutrición severa en su proyecto nutricional en Gondama. Los niños con desnutrición severa y complicaciones médicas fueron derivados al hospital gubernamental de Bo, donde una enfermera de MSF refuerza al personal del centro.

Atención en centros de salud locales

Un equipo de proximidad refuerza cinco centros de salud comunitarios en el distrito de Bo. Dispensamos atención primaria y prenatal, así como el tratamiento de la desnutrición y la malaria. También realizamos actividades de promoción de la salud.

Debido a la falta de personal sanitario cualificado y las deficiencias de las instalaciones de salud, las personas que necesitan atención médica especializada no suelen recibir tratamiento hospitalario hasta que se encuentran en la última fase de

Fiebre de Lassa

La fiebre de Lassa es una enfermedad viral hemorrágica aguda que se da en el oeste de África. Afecta a diversos órganos del cuerpo, como hígado, bazo y riñones. Sierra Leona tiene un pabellón especializado en la fiebre de Lassa en el hospital de Kenema, 300 kilómetros al este de Freetown. MSF opera una ambulancia para el traslado de los pacientes de la fiebre de Lassa a Kenema.

Al finalizar 2011 MSF tenía 484 trabajadores en Sierra Leona, donde operamos por primera vez en 1985.



Una médico visita a una niña del centro de derivaciones de Gondama, en el distrito de Bo.

SIRIA



En abril, al aumentar los disturbios y la violencia, empezamos a suministrar fármacos y material médico a los médicos sirios. Dos meses después el equipo quirúrgico de MSF en Amán, la capital de Jordania, recibió a su primer paciente sirio. En noviembre, empezamos a ofrecer atención psicológica a los sirios que llegaban a Líbano.

Atención a inmigrantes sin papeles

Siria acoge a cientos de miles de inmigrantes y refugiados, muchos de los cuales han huido de la pobreza o conflictos en Afganistán, Egipto, Irak, Líbano, Somalia y Sudán. En su mayoría, estas personas viven en el país sin papeles y en condiciones precarias y tienen limitado el acceso a la atención sanitaria.

Desde principios de 2011, MSF no ha podido operar en el país. Tuvimos que suspender nuestro trabajo con inmigrantes y refugiados en Damasco.

En agosto de 2009 MSF puso en marcha un proyecto de asistencia médica en la capital, Damasco, en colaboración con una organización local, conocida como la Oficina del Inmigrante. Un equipo de médicos, ginecólogos y un psicólogo prestaron en una clínica atención primaria, prenatal y psicológica a refugiados e inmigrantes sin papeles, con especial hincapié en los más vulnerables, como mujeres y niños.

Entre enero y marzo de 2011 recibieron atención médica 1,965 pacientes. El personal realizó más de 220 consultas prenatales y ofreció ayuda psicológica a 140 pacientes en sesiones individuales y grupales.

Retirada ante la creciente inestabilidad

La generalización de los disturbios, que comenzaron en marzo de 2011, dificultó la labor de MSF en el país hasta el punto de que tuvimos que suspender nuestra colaboración con la Oficina del Inmigrante. Aun así, tratamos de obtener el permiso para operar

en el país y, de ese modo, responder a las necesidades médico-humanitarias derivadas de la situación de violencia.

Desde los países vecinos, dimos nuestro apoyo a los médicos sirios suministrándoles material y medicamentos esenciales. En Amán, donde MSF tiene un proyecto de cirugía reconstructiva, operamos a 23 heridos sirios que lograron cruzar la frontera.

En Líbano donamos material de emergencia a los centros de salud próximos a la frontera con Siria. En noviembre abrimos un proyecto de salud mental en la región de Wadi Khaled, al noreste del país, donde realizamos sesiones individuales y grupales con ciudadanos sirios que consiguieron huir de su país.

Al finalizar 2011 MSF tenía 48 trabajadores en Siria, donde estamos presentes desde 2009.



Operación ortopédica en el centro de MSF en Amán, donde 23 heridos sirios recibieron tratamiento en 2011.

SOMALIA

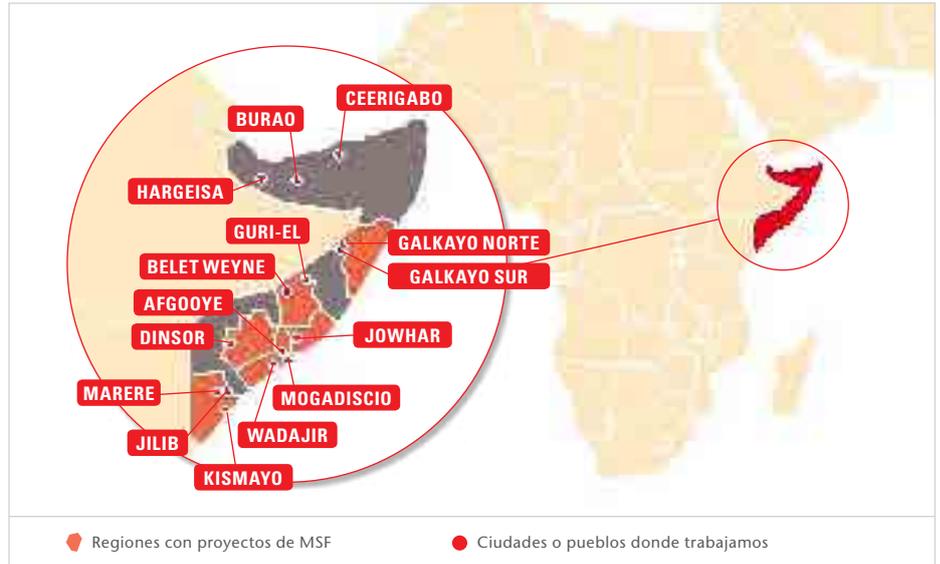
Una sequía devastadora, la larga guerra, el colapso del sistema sanitario y las restricciones a las organizaciones de ayuda empeoraron la crisis humanitaria.

Cientos de miles de somalíes huyeron a la capital, Mogadiscio, Kenia o Etiopía en busca de ayuda. Debilitados y desnutridos, muchos vivían en condiciones de insalubridad y hacinamiento, con apenas agua potable.

Crisis nutricional

Con la llegada en masa de las víctimas del conflicto y la sequía a Mogadiscio, MSF amplió sus actividades y abrió doce nuevos centros de salud. Proporcionamos atención primaria y materna, cirugía, apoyo nutricional, tratamiento del cólera y el sarampión y vacunaciones. También distribuimos artículos de ayuda entre desplazados y residentes. Durante el pico de nuestra actividad teníamos 22 proyectos en todo el país.

Por primera vez desde 2009, y debido a la magnitud de las necesidades médicas, enviamos personal internacional a puestos permanentes en el centro y sur del país. Por desgracia, el 29 de diciembre de 2011, dos compañeros veteranos, Philippe Havet y Andrias Karen Keiluhu, fueron asesinados en nuestro complejo en Mogadiscio. Esto nos obligó a cerrar dos proyectos que habían servido a 200.000 desplazados y residentes,



con lo que se redujo a la mitad la atención médica que dispensábamos en Mogadiscio.

En la ciudad de Galkayo Norte (región de Mudug), abrimos un departamento de hospitalización pediátrica y una sala de maternidad. También gestionamos proyectos de tuberculosis en Galkayo y en Mahadaay y Gololey, en Jowhar (región de Middle Shabelle). En total, tratamos a más de 864.000 pacientes en Somalia, casi el doble que en 2010.

Sarampión y cólera

Los niños desnutridos son más vulnerables al sarampión, lo que a su vez agrava la desnutrición. Entre mayo y diciembre

vacunamos a 102.000 niños contra la enfermedad, pero las autoridades locales no nos concedieron el permiso para realizar campañas de vacunación en algunas partes del país.

Las condiciones de vida insalubres son un caldo de cultivo para las enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera. Cuando empezó la temporada de lluvias en noviembre, luchamos por contener una epidemia de cólera. Habilitamos centros de tratamiento en cinco distritos. En el Hodan, de 120 camas, ingresamos a más de cien pacientes a la semana.

Acceso bloqueado

Debido a las restricciones o la prohibición del acceso de las organizaciones humanitarias a una gran parte del país, cientos de miles de somalíes necesitados de asistencia urgente quedaron desatendidos, a pesar de la ayuda que llegaba al país.

Los combates, las restricciones a los vuelos de suministro y al personal internacional, así como las trabas administrativas, obstaculizaron la entrega de la ayuda. En las zonas controladas por Al Shabab, el acceso del personal y los suministros médicos fue prácticamente imposible. Nos resultó sumamente difícil trabajar más allá de los centros de salud oficiales. Tuvimos dificultades incluso en nuestros proyectos. Nuestros intentos de poner en marcha nuevas operaciones de emergencia en el centro y sur de Somalia fracasaron. Una de las pocas excepciones fue la ciudad portuaria de Kismaayo, donde pudimos entrar en diciembre tras arduas negociaciones. Unas semanas después de nuestra llegada habíamos tratado a 200 niños desnutridos.



Miles de niños con desnutrición severa recibieron tratamiento en las clínicas en Mogadiscio.

© Martina Bacigalupo



Distribución de alimentos entre los desplazados del campo de Rajo, Mogadiscio.

Grandes riesgos de seguridad

La inseguridad no hizo sino agravar la situación. En marzo, en menos de una semana, sufrimos dos ataques con granadas en nuestro complejo en el distrito de Wadajir, al oeste de Mogadiscio. Ello nos obligó a suspender temporalmente nuestras actividades, lo que puso en peligro la vida de 414 niños inscritos en el proyecto nutricional.

En Galkayo Norte y Sur tratamos a los heridos en dos episodios violentos, y en Daynile, nueve kilómetros al noroeste de Mogadiscio, de los más de 3.500 pacientes ingresados en urgencias, el 44% sufría heridas de guerra.

Miles de somalíes quedaron atrapados entre diversos frentes de batalla. En el corredor de Afgooye, donde se ha refugiado cerca de medio millón de personas, reforzamos al hospital del distrito para cubrir las necesidades de 180 pueblos de los alrededores. El personal atendió más de 27.000 consultas y trató a más de 3.300 niños desnutridos en Afgooye.

En octubre, dos trabajadoras de MSF fueron secuestradas en un campo de refugiados en Kenia, adonde habían huido miles de somalíes. La inseguridad aumentó en Somalia tras la intervención del ejército keniano ese mes. Decenas de civiles heridos fueron trasladados al hospital de MSF en Marere tras el bombardeo aéreo del campo de desplazados de Jilib. Hubo cinco muertos y 45 heridos, entre ellos 31 niños.

Soluciones tecnológicas

MSF recurre cada vez más a la telemedicina para prestar atención especializada a los somalíes que viven en zonas demasiado peligrosas para que los médicos vuelen hasta allí. Los especialistas ubicados en Kenia apoyan al personal médico en Somalia durante sus consultas por videoconferencia. Más de 500 nuevos pacientes recibieron asistencia médica mediante esta innovación tecnológica en 2011.

Atención en Somaliland

En la autoproclamada República de Somaliland, MSF amplió sus operaciones y reforzó el hospital general de Burao (Burco), el único centro de salud en la región de Togdheer. Desde el inicio de nuestra intervención se han triplicado los ingresos y se ha reducido la tasa de mortalidad en el departamento de maternidad. También seguimos reforzando el hospital del distrito de Ceerigabo, mientras que en la capital de Somaliland, Hargeisa, cerramos nuestros servicios de atención primaria en los campos en junio, después de que el Ministerio de Sanidad y otra agencia cubrieran las necesidades médicas de la zona. En total, atendimos más de cuatro mil consultas externas con menores de cinco años, asistimos más de 2.700 partos y realizamos 671 intervenciones quirúrgicas.

Al finalizar 2011 MSF tenía 1.729 trabajadores en Somalia, donde estamos presentes desde 1991.

Más información sobre las dificultades de nuestra labor en Somalia en las páginas 16-17.

Alí Ahmed*

7 años, y su madre, Hospital de Burao.

“Mi hijo estaba muy enfermo y tenía todo el cuerpo hinchado.

“Antes era un niño muy sano. Todo empezó con una fiebre. Él se quejaba de que le dolían las manos. Vivimos en Talahabed, muy lejos de aquí. Se tarda un día en llegar al hospital.

“Llevamos aquí mucho tiempo. Nuestra casa queda demasiado lejos. En donde vivimos ni siquiera hay teléfono. Algunos vecinos me dijeron que en el hospital podrían ayudarme. Cogí el transporte público para venir al hospital. Tuve que pagarlo. Nada más llegar, los médicos me ayudaron. Se llevaron a Alí directamente al quirófano. Le pusieron en tratamiento. Tras la operación fue mejorando día a día, muy, muy lentamente. Lo tuvimos que traer en brazos al hospital. Ahora puede caminar. Es maravilloso.”

*Nombre ficticio.

SRI LANKA



En la provincia Septentrional, MSF siguió atendiendo a la población afectada por la guerra civil que finalizó en 2009.

Las autoridades trabajaron para restablecer el sistema sanitario en los lugares afectados por el conflicto. En septiembre, tras constatar que el sistema volvía a cubrir las necesidades básicas pese a los problemas de escasez, MSF se centró en la atención médica especializada y los servicios de salud mental.

Cirugía reconstructiva y rehabilitación

En 2009, un equipo de especialistas empezó a practicar cirugía ortopédica reconstructiva en el hospital general de Vavuniya. En 2011, operó a 150 personas con heridas de guerra

complicadas. En diciembre cerramos el proyecto y traspasamos medicamentos y material médico y quirúrgico al Ministerio de Sanidad.

Nuestro proyecto de rehabilitación en el hospital de Pampaimadhu, en Vavuniya, atendió a personas con lesiones en la médula espinal. La rehabilitación mejora la calidad y la esperanza de vida de estas personas. Nuestro equipo en el hospital dispensó atención médica, psicológica y fisioterapéutica. La fisioterapia mejora la movilidad de los pacientes y las sesiones de asesoramiento les preparan para retomar su vida cuando dejan el proyecto. El personal también les ayudó a buscar cursos de formación o empleo al ser dados de alta. En octubre, después de que 90 pacientes hubieran completado su tratamiento, MSF traspasó las instalaciones y el material al Ministerio de Sanidad.

Cirugía y urgencias

También reforzamos los servicios de urgencias, cirugía, ginecología y obstetricia en los hospitales de Point Pedro, en el extremo norte, y Mullaitivu, en la costa noreste.

Practicamos 1.720 intervenciones de cirugía mayor y 1.600 de cirugía menor. El personal médico atendió 6.900 urgencias y asistió 929 partos. Unas 5.300 mujeres recibieron atención prenatal. En Point Pedro, también formamos al personal del hospital en higiene,

esterilización y control de infecciones en el laboratorio antes de retirarnos al final del año.

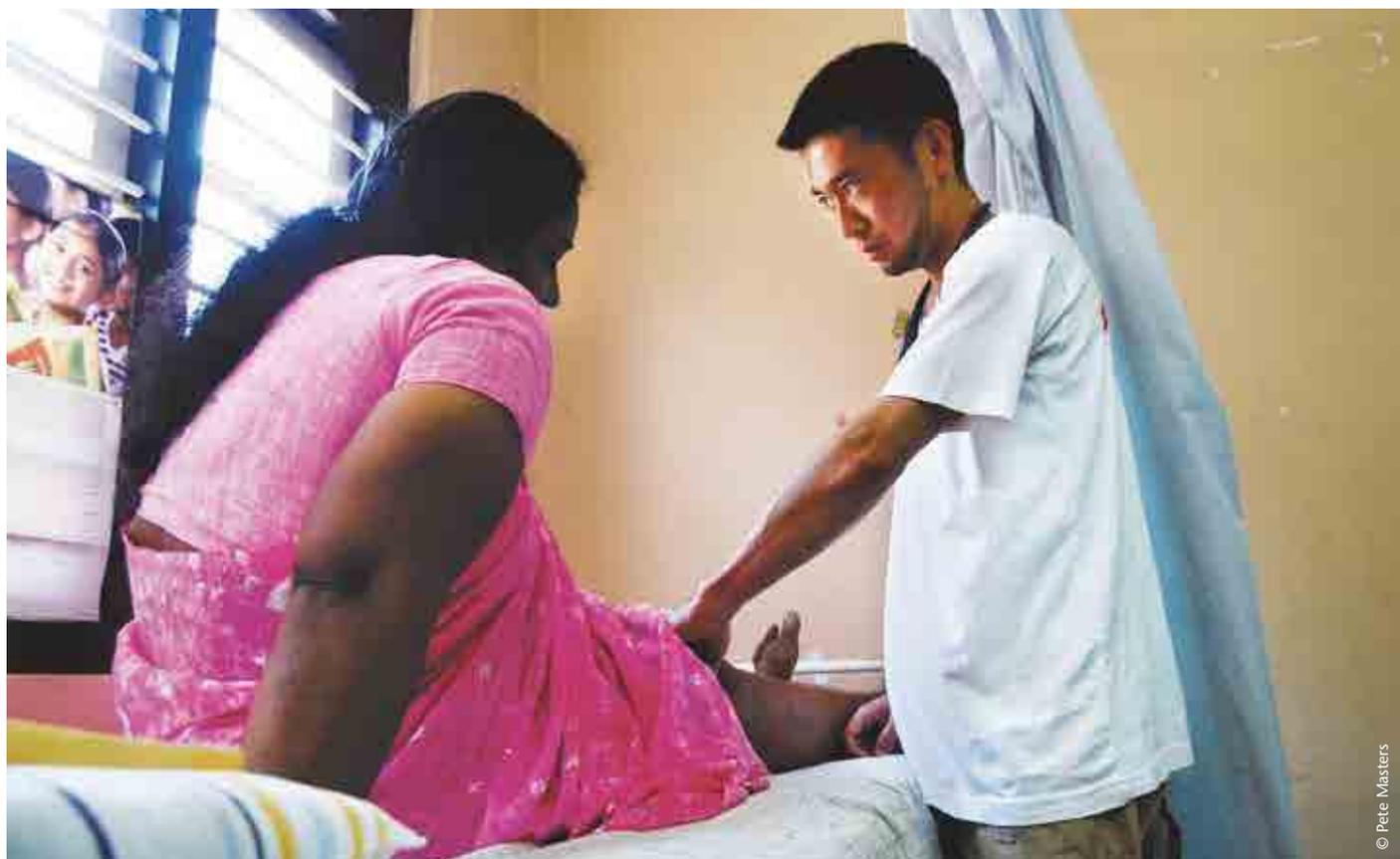
Seguimos presentes en Mullaitivu, donde mejoramos el acceso de la población a la atención sanitaria con clínicas móviles que operan en cinco localidades del distrito. En 2011 atendimos más de 11.500 consultas.

Atención psicológica

MSF amplió sustancialmente sus servicios de apoyo psicológico en el distrito de Mullaitivu en 2011. La mayoría de los pacientes eran mujeres que vivieron en los campos de desplazados tras la guerra. Trabajamos en ocho localidades del distrito y realizamos casi 3.600 sesiones de asesoramiento individual y grupal. Un psiquiatra trató a pacientes con trastornos de estrés postraumático, depresión, epilepsia y psicosis.

También dispensamos servicios de salud mental en Kilinochchi. Más de 433 pacientes, muchos de cuyos familiares murieron durante el conflicto, acudieron a las sesiones de asesoramiento.

Al finalizar 2011 MSF tenía 310 trabajadores en Sri Lanka, donde operamos por primera vez en 1986.



Consulta quirúrgica en el hospital de Point Pedro, en la provincia Septentrional.

SUAZILANDIA



El país lucha contra una epidemia dual de VIH/sida y tuberculosis. La crisis financiera nacional ha dificultado aún más la ampliación del tratamiento.

Durante todo 2011 hubo huelgas y manifestaciones y el Gobierno tuvo problemas para sufragar la compra de medicamentos y material destinados a la emergencia nacional de VIH. Miles de personas se han visto afectadas, pues tienen el virus casi el 26% de los adultos de 15 a 49 años y cuatro de cada diez mujeres embarazadas. Además, un 80% de los pacientes de tuberculosis (TB) están coinfectados por el VIH.

Atención en Shiselweni

Suazilandia es un país rural con muchos pueblos pequeños y alejados de los centros de salud, lo que encarece el desplazamiento.

Shiselweni, en el sur, es la región más pobre y remota. Desde 2001, MSF facilita el acceso gratuito de los pacientes de VIH y TB al centro de salud más próximo. Hoy 22 clínicas rurales les atienden, lo que permite a los pacientes coinfectados recibir todo el tratamiento en un único sitio. Más de dos mil son tratados por la TB al año y, al final de 2011, 18.000 recibían el tratamiento antirretroviral (ARV).

En 2011 MSF desplegó nuevo personal en las comunidades que ofrece diagnóstico y asesoramiento en todas las clínicas. Desde el inicio del proyecto, el número de personas que se han hecho la prueba se ha triplicado hasta alcanzar las 2.300 al mes.

Además, MSF trabaja en un centro de salud de Matsapha, en el centro del país, donde 378 personas recibieron el tratamiento de la TB y 705, el ARV. También ofrecemos atención médica integral a los trabajadores locales fuera del horario laboral. En Mankayane, no lejos de allí, ayudamos al personal del Ministerio de Salud a mejorar el diagnóstico y tratamiento de 664 pacientes coinfectados



Una trabajadora comunitaria prepara una inyección para un paciente de MDR-TB.

por VIH y TB y tratamos a 60 pacientes de tuberculosis resistente a los medicamentos (DR-TB).

Nuevas instalaciones para pacientes de DR-TB

La DR-TB es un problema cada vez mayor en el país. Puede contraerse de alguien que la tenga, pero también desarrollarla un paciente de TB cuando genera resistencia al tratamiento habitual. El régimen de tratamiento de la DR-TB es muy difícil y tiene diversos efectos secundarios. Los pacientes reciben una inyección diaria durante al menos seis meses y han de tomar hasta 18 pastillas, también todos los días, durante un máximo de dos años.

Casi el 8% de los nuevos casos de TB son del tipo resistente a los medicamentos. MSF reforzó la realización de diagnósticos del Laboratorio Nacional de Referencia para la Tuberculosis. Al finalizar 2011, 172 personas recibían el tratamiento de la DR-TB en la región de Shiselweni.

En septiembre, el rey Mswati III inauguró el nuevo pabellón de DR-TB que ha construido MSF en Nhlanguano, una gran ciudad en el sur del país. El pabellón complementa nuestra estrategia de tratamiento basada en la comunidad al ofrecer atención hospitalaria a los pacientes más enfermos cerca de sus hogares. Lo operamos junto con el Ministerio de Sanidad.

También se han rehabilitado once clínicas rurales, que ahora tienen nuevas salas de espera bien ventiladas y más consultas. En Matsapha y Mankayane MSF introdujo un

nuevo aparato que reduce considerablemente el tiempo que se tarda en diagnosticar la TB, además de hacer la prueba para algunas formas de TB resistente a los medicamentos.

Traspaso de tareas en todo el país

El sistema público de salud cuenta con muy pocos médicos fuera de la capital, Mbabane, y muchos de los que estudian en el país emigran a otros con mejores condiciones laborales.

La falta de personal médico se considera el principal obstáculo para la ampliación de la capacidad del sistema sanitario. MSF aplica el traspaso de tareas en sus proyectos para atender a un mayor número de personas. Formamos a enfermeros para iniciar el tratamiento ARV o administrar medicamentos en casos sencillos de TB no resistente. También a consejeros para hacer la prueba del VIH, lo que permite a los enfermeros realizar otras labores. En 2011, el Ministerio de Sanidad empezó a diseñar un modelo nacional de traspaso de tareas que aumentará la capacidad de personal en todo el país.

Escasez de medicamentos

Aunque en Suazilandia las epidemias de VIH y TB son emergencias nacionales, miles de pacientes dependieron de los ARV que MSF reserva para contingencias debido a las roturas del stock nacional. MSF pidió al rey Mswati III que se garantizara la compra y el suministro oportunos de medicamentos y material de laboratorio.

Al finalizar 2011 MSF tenía 246 trabajadores en Suazilandia, donde estamos presentes desde 2007.

SUDÁN



Aun así, las restricciones administrativas impiden que algunas zonas tengan una atención sanitaria de calidad. MSF se ha ofrecido repetidamente a prestar servicios médicos en los Estados de Nilo Azul y Kordofán del Sur, donde la violencia causa estragos, pero las autoridades han rechazado nuestra ayuda.

Kala azar

Desde 2010, MSF gestiona con el Ministerio de Sanidad un proyecto de tratamiento del kala azar (leishmaniasis visceral), una enfermedad poco estudiada y mortal si no se trata. El kala azar es endémico en la zona del río Atbara (Estado de Al Gedaref), en el este del país. El 2011 se hicieron la prueba 3.090 personas. Las 729 que dieron positivo fueron tratadas en el hospital de Tabarak Allah.

Como este hospital trata a muchos pacientes de kala azar, es uno de los pocos centros donde se puede llevar a cabo una investigación operacional sobre esta enfermedad olvidada. En julio el equipo introdujo un nuevo régimen de tratamiento, desarrollado por la Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas

MSF se centra en la atención a los habitantes de las zonas de conflicto y las regiones remotas con apenas acceso a la asistencia sanitaria, así como en el tratamiento del kala azar.

(DNDi) y científicos sudaneses, que reduce la duración del tratamiento de 30 a 17 días. MSF también reforzó al personal del hospital en la prestación de tratamiento gratuito a más de 19.600 pacientes de otras enfermedades. Al final del año decidimos ampliar el proyecto al vecino Estado de Sennar y abrimos uno nuevo en noviembre.

Darfur

Todavía hay combates esporádicos y ataques de bandidos en Darfur, lo que dificulta nuestro acceso a los necesitados de atención sanitaria. Muchas personas que han huido de la violencia aún no han podido regresar a sus hogares. En 2011 MSF mantuvo cinco proyectos médicos, y ello a pesar de la inseguridad y de las dificultades administrativas que obligaron a nuestro personal internacional a realizar visitas relámpago para formar, atender y garantizar la calidad de la atención médica.

En Darfur del Sur, tras una evaluación en la zona de Shaeria, abrimos en marzo un proyecto nutricional que trató a 469 niños. Debido a las tensiones intertribales, nos dimos cuenta de que el hospital y las clínicas rurales abandonadas de la zona necesitaban más refuerzo. MSF puso en marcha un proyecto de apoyo integral al Ministerio de Sanidad en Shaeria. Nuestro equipo empezó a tratar pacientes a principios de 2012.

En el Estado de Darfur del Norte atendimos más de 150.000 consultas externas. El hospital de MSF en Shangil Tobaya presta atención primaria y especializada, incluidos servicios de pediatría, salud reproductiva y asesoramiento, y opera clínicas móviles a lomos de burros en los pueblos vecinos que carecen de acceso a la atención médica. En los centros de salud de Tawila dispensamos atención médica integral, incluido un servicio de urgencias que funciona las 24 horas, a los residentes y los desplazados que viven en tres campos. En los campos de Abushok y Al Salam, cerca de la capital del Estado de Al Fashir, gestionamos un proyecto de nutrición terapéutica en el que tratamos a más de mil niños en régimen ambulatorio y a otros 239 hospitalizados entre enero y julio, cuando lo traspasamos al Ministerio de Sanidad. En Dar Zagahawa, cerca de la frontera con Chad, reforzamos cinco centros de salud y respondemos a las emergencias derivadas de la violencia.

También proporcionamos servicios de atención especializada y cirugía en el hospital de Kaguro, una zona controlada por la oposición, así como atención primaria en cinco clínicas rurales. Realizamos más de 39.000 consultas y 119 intervenciones de cirugía mayor. Pero el proyecto está en peligro por los problemas que tenemos para que las autoridades nos permitan el suministro de medicamentos y material.

Respuesta a otras emergencias

Entre noviembre de 2010 y marzo de 2011, MSF colaboró en la respuesta del Ministerio de Sanidad a las graves inundaciones en Marafit y alrededores, en el Estado del Mar Rojo, fronterizo con Eritrea. Distribuimos kits de ayuda a 200 familias y una tonelada de alimentos enriquecidos a 1.500 niños en riesgo de desnutrición. En junio, tras observar un gran número de casos de sarampión, nuestro equipo en el hospital de Tabarak Allah realizó una campaña de vacunación junto con las autoridades. Vacunamos a 44.800 niños y tratamos a 620.

Al finalizar 2011 MSF tenía 853 trabajadores en Sudán, donde estamos presentes desde 1979.



Un grupo de desplazadas hacen cola para ser atendidas, Darfur del Norte.

SUDÁN DEL SUR

El país proclamó su independencia el 9 de julio de 2011. Desde entonces ya ha sufrido numerosas crisis.

Según Naciones Unidas, unas 350.000 personas regresaron a sus hogares en Sudán del Sur entre noviembre de 2010 y el final de 2011, mientras que la violencia provocó unos 300.000 desplazados. MSF siguió volcándose en la respuesta de emergencia.

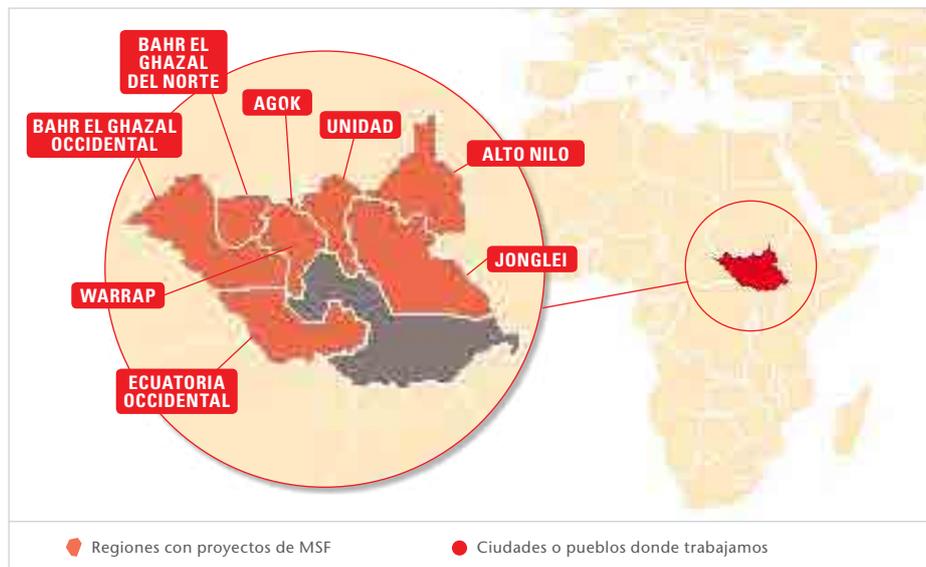
En Sudán del Sur y la zona de Abyei ofrecimos desde atención materna hasta proyectos nutricionales, cirugía y tratamiento de la tuberculosis (TB), malaria y kala azar.

En septiembre empezamos a negociar con las autoridades la construcción de un hospital en Juba, la capital. Nuestro objetivo es atender consultas quirúrgicas y pediátricas, así como urgencias obstétricas.

Conflicto y respuesta de emergencia en Jonglei

Desde 2009 han aumentado los robos de ganado intertribales con violencia en el estado de Jonglei, donde pueblos enteros han sido destruidos.

En la última semana de diciembre de 2011, el hospital de MSF en la ciudad de Pibor fue atacado y saqueado y nuestra clínica en Lekwongole, incendiada. Entre las



víctimas mortales había un vigilante de MSF y su esposa. MSF trató 108 heridos como consecuencia de la violencia en las semanas posteriores al ataque. Muchas personas, atemorizadas, se escondieron en el bosque durante semanas, lo que aumentó el número de casos de desnutrición y malaria.

MSF es el único proveedor de atención sanitaria en la zona de Pibor, donde viven 160.000 personas. El centro de salud más próximo se encuentra a más de 150 kilómetros de distancia. En 2011 realizamos unas 12.500 consultas en Pibor y más de

11.800 en Lekwongole y Gumuruk. Tratamos a unos 2.500 pacientes de malaria, 500 con heridas relacionadas con la violencia y mil niños con desnutrición severa.

Más al norte, la clínica de MSF en Lankien, con puestos de proximidad en Pieri y Yuai, sirve a 127.000 personas. Dispensamos todo tipo de atención médica, desde tratamiento de infecciones respiratorias a heridas causadas por lanzas. En 2011 atendimos a más de 74.600 pacientes externos.

En agosto hubo un ataque en Pieri y en doce pueblos vecinos. Atendimos a más de cien heridos y derivamos a otros 57 a los hospitales de Leer y Nasir. La mayoría de las víctimas eran mujeres y niños con heridas de bala. Un trabajador de MSF fue asesinado junto a toda su familia. Los agresores saquearon el complejo y la clínica de MSF en Pieri e incendiaron algunos edificios.

A principios de diciembre, ampliamos nuestras actividades de proximidad a Lankien, Pieri y Yuai en respuesta al aumento de casos de malaria. Tratamos a 3.160 pacientes en solo en un mes, cuando el promedio suele ser de entre 300 y 400 casos mensuales.

Respuesta de emergencia en Abyei y sus alrededores

En la zona de Abyei, disputada por Sudán y Sudán del Sur, se vivieron choques violentos en mayo. El hospital de MSF en Agok, 40 kilómetros al sur de Abyei, recibió 42 heridos en menos de 48 horas y trató a 2.300 pacientes en las dos primeras semanas de los combates. Como la mayoría de la población huyó con prácticamente lo puesto, MSF distribuyó material médico y de ayuda, como refugios, lonas de plástico, mosquiteras y



Un niño recibe la vacuna contra la malaria en Abathok.



© Corentin Fohlen

Refugiadas que huyeron de los combates en la zona de Abyei cargan sacos con artículos de ayuda.

jabón. También habilitamos un punto de rehidratación en el hospital de Agok. Nuestros equipos móviles atendieron a los heridos y desplazados en varios pueblos a las afueras de Agok. En 2011 atendimos 26.000 consultas externas en el hospital.

Los resultados de una encuesta nutricional realizada en noviembre nos llevaron a ofrecer alimentación suplementaria a todos los menores de cinco años. En diciembre distribuimos el primer lote a 10.200 niños.

Refugiados sudaneses

A finales de noviembre, MSF puso en marcha una respuesta de emergencia cuando miles de sudaneses del Estado de Nilo Azul se refugiaron en varias localidades del municipio de Maban, en el Estado de Alto Nilo.

Al final de 2011 había unos 35.000 refugiados en los campos de Doro y Jamam, cifra que llegó a los 90.000 en abril de 2012. Además de habilitar un hospital de campaña en el campo de Doro, dispensamos atención sanitaria de urgencia a los refugiados que llegaban al puesto fronterizo de El Fuj, vacunamos contra el sarampión y distribuimos alimentos de emergencia. También garantizamos un suministro mínima de agua potable e instamos a otras organizaciones de

agua y saneamiento a implementar soluciones más duraderas.

En diciembre empezamos a atender a unos 20.000 refugiados en Yida, en el Estado de Unidad, colindante con el Estado sudanés de Kordofán del Sur, cuya situación es sumamente volátil.

Atención materna en Aweil

Pese a la violencia en la frontera norte con Sudán, el Estado de Bahar El Ghazal del Norte permaneció relativamente estable. En 2011 traspasamos las actividades de atención primaria y consultas pediátricas externas de nuestro hospital en Aweil al Ministerio de Sanidad para dirigir nuestros recursos y experiencia a la atención materna, pediátrica y nutricional. El proyecto nutricional atendió a 1.200 niños y el departamento de pediatría ingresó a casi 3.800. Además, el personal asistió más de 3.400 partos.

En Bahr El Ghazal Occidental, reforzamos los departamentos de maternidad, pediatría y cirugía del hospital civil de Raja, donde se realizaron más de 12.000 consultas pediátricas y se ingresó a más de 1.600 niños. En el hospital estatal de Yambio (Estado de Ecuatoria Occidental) atendimos a 24.000 pacientes en los departamentos de

maternidad y pediatría. También tratamos casos de malaria y desnutrición realizamos actividades de proximidad entre los desplazados.

Al finalizar 2011 MSF tenía 1.872 trabajadores en Sudán del Sur, donde estamos presentes desde 1983.

Wathou

desplazado originario de Lekwongole

"Empezaron a disparar y traté de huir, pero me caí y me hice daño en la espalda. Aún no estoy bien. No tengo mantas ni nada para cubrirme cuando duermo, tan solo lo que llevo puesto. Y estoy famélico. No he comido nada, no tengo nada que llevarme a la boca. Mi madre es mayor y no puede caminar, así que he de llevarla en brazos. Pero sigue con vida. Hay niños con malaria. Apenas tenemos mosquiteras aquí. Cuando los niños contraen la malaria, les llevamos al hospital de MSF."

SURÁFRICA



El proyecto de MSF en Khayelitsha celebró su décimo aniversario en 2011. Durante estos años más de 20.000 personas han iniciado el tratamiento antirretroviral.

El proyecto de tratamiento del VIH en Khayelitsha, un asentamiento a las afueras de Ciudad del Cabo, fue el primero en proporcionar el tratamiento antirretroviral (ARV) en el sistema público de salud surafricano. Ahora MSF se vuelca en nuevos modelos de atención, como la descentralización del tratamiento de la tuberculosis resistente a los medicamentos (DR-TB) a clínicas locales y el acercamiento del tratamiento del VIH a los pacientes al ofrecer servicios en centros comunitarios, bibliotecas y casas particulares, conocidos como "clubes de adherencia", un concepto que introdujo MSF en 2007.

Estos clubes mejoran la vida de los pacientes de VIH y hacen más fácil la adherencia al tratamiento. En lugar de citas mensuales individuales en los centros de salud, sus miembros acuden a "reuniones" bimensuales

en las que se les reconoce médicamente y se les provee medicamentos. También pueden informarse y compartir experiencias. La probabilidad de fracaso del tratamiento es un 65% menor en estas personas. En 2011, el Gobierno provincial creó 218 clubes en 16 centros del asentamiento, a los que se incorporaron cinco mil pacientes.

A lo largo del año unas 50.000 personas se hicieron la prueba del VIH, y más de 450 iniciaron el tratamiento ARV al mes, lo que suma un total de más de 21.800 pacientes en tratamiento en Khayelitsha.

Nueva prueba de la TB

Como el VIH debilita el sistema inmunitario, el organismo es más vulnerable a las infecciones oportunistas, entre ellas la TB. El número de casos de TB ha aumentado en un 400% en Suráfrica en los últimos quince años. Más del 70% de los pacientes están coinfectados por el VIH.

En 2011, el Gobierno surafricano aprobó una nueva prueba automatizada de la TB que permite un diagnóstico mucho más rápido y el tratamiento temprano de los afectados. La prueba también detecta la TB mucho mejor que las anteriores, así como la resistencia a la rifampicina, uno de los fármacos más potentes contra la enfermedad. Tras la introducción de esta prueba en el proyecto de MSF en la zona rural de Eshowe, en la provincia de KwaZulu-Natal, los diagnósticos mensuales de TB han pasado de 13 a 40. Un 13% de los pacientes diagnosticados eran resistentes a la rifampicina.

El tratamiento de la DR-TB es mucho más complicado, caro y arduo que el de la TB sensible a los medicamentos. En 2010 se registraron en Suráfrica 7.386 casos de TB multirresistente (MDR-TB) y más de 700 de

TB extremadamente resistente (XDR-TB), aún más difícil de tratar.

Detección de casos de VIH y TB en KwaZulu-Natal

La provincia oriental de KwaZulu-Natal posee la prevalencia más alta de VIH en el país. Al final de 2011, MSF puso en marcha una unidad de diagnóstico móvil que recorre la provincia ofreciendo la prueba de la TB y del VIH. En su primer mes de actividad, más de mil personas se hicieron la prueba del VIH y 50, la de la TB. En el futuro, esta unidad también fomentará la prevención, como el uso del condón y el apoyo a la circuncisión masculina. El objetivo es reducir la incidencia del VIH y la TB en un 50%, en línea con el plan estratégico nacional de Suráfrica para el quinquenio 2011-2016.

Atención a inmigrantes y solicitantes de asilo.

Una quinta parte de todas las solicitudes de asilo del mundo se presentan en Suráfrica. La inmensa mayoría de los solicitantes son de Zimbabue. En Musina, en la frontera con este país, atendimos a los recién llegados junto a las oficinas del Ministerio del Interior y visitamos a los trabajadores inmigrantes en las fincas de la zona durante el día y en los refugios de Musina por la noche. Dispensamos atención primaria y el tratamiento del VIH y la TB (hicimos la prueba del VIH a casi 1.900 personas), además de asistir a 120 víctimas de agresiones sexuales, en gran parte perpetradas durante el viaje a Musina.

Atención en Johannesburgo

Tras ver que la mayoría de los pacientes de la clínica que MSF tiene junto a una iglesia en Johannesburgo eran de los barrios vecinos, en mayo de 2011 trasladamos nuestras actividades a unidades móviles de detección de casos que visitaron las zonas marginales de la ciudad.

Antes del cierre de la clínica en agosto atendimos más de 1.100 consultas. En su mayor parte tratamos infecciones respiratorias del tracto superior y de transmisión sexual (ITS), así como enfermedades cutáneas. Al final del año, unas 11.100 personas se habían hecho la prueba de enfermedades como el VIH, la TB y las ITS en las unidades móviles, donde fueron tratadas o derivadas a centros públicos de salud.

Al finalizar 2011 MSF tenía 149 trabajadores en Suráfrica, donde estamos presentes desde 1999.



© Jose Cerdón

Una consejera ayuda a ajustar una mascarilla para prevenir la infección de la tuberculosis en Khayelitsha, cerca de Ciudad del Cabo.

TAILANDIA



Personal de MSF distribuye artículos de ayuda entre los afectados por las inundaciones.



Lamentablemente MSF se ha visto obligada a cerrar su último proyecto en el país asiático, donde estábamos presentes desde hacía 35 años.

Nos ha sido imposible obtener la autorización necesaria para atender a inmigrantes sin papeles y otras personas vulnerables sin derecho a asistencia sanitaria. En septiembre decidimos que era mejor cerrar nuestra misión más larga, iniciada en 1976 para ayudar a los refugiados camboyanos que huían del régimen de los Jemeres Rojos.

En los años ochenta asistimos a los refugiados de Myanmar y, desde mediados

de los noventa, desempeñamos un papel fundamental en la defensa y prestación de atención y tratamiento integral a los pacientes de VIH. Tailandia fue uno de los primeros países que introdujeron el tratamiento antirretroviral gratuito. En la última década hemos respondido principalmente a emergencias, además de atender a los refugiados hmong de Laos (más información sobre la trayectoria de MSF en Tailandia en las páginas 18–21).

Suspensión de la atención a los inmigrantes

A principios de 2011 MSF se vio obligada a cerrar sus proyectos en la provincia industrial de Samut Sakhon, en el Paso de las Tres Pagodas, próximo a la frontera con Myanmar, lo que privó de asistencia sanitaria a 55.000 personas vulnerables. En esta región operábamos una clínica móvil en la que prestábamos atención primaria. Realizamos 795 consultas prenatales y derivamos a las embarazadas a punto de dar a luz a los hospitales del Ministerio de Sanidad. Además, impartimos educación sexual a unas 4.200 personas.

En nuestra clínica en la provincia de Samut Sakhon, donde viven y trabajan miles de inmigrantes sin papeles, atendimos más de 1.380 consultas y más de 4.200 personas asistieron a nuestras sesiones educativas.

Mae Hong Son

En Mae Hong Son, en el norte del país, formamos a mochileros para que trabajaran como equipos médicos móviles en la zona fronteriza con Myanmar. En 2011, estos equipos móviles atendieron más de 48.470 consultas médicas y casi 1.590 prenatales. Por su parte, nuestro personal asistió 420 partos y distribuyó 6.750 mosquiteras.

Respuesta a las inundaciones

La temporada de los monzones, que comenzó a finales de julio, causó graves inundaciones en el norte, noreste y centro del país. En octubre, las aguas llegaron a la desembocadura del río Chao Phraya anegando partes de la capital, Bangkok. De las 77 provincias de Tailandia, 65 fueron declaradas zonas catastróficas. Murieron unas 800 personas y hubo 13,6 millones de afectados.

Suminramos artículos de ayuda a 66.000 personas, principalmente comida, agua y mosquiteras, y atendimos más de 1.400 consultas médicas en las zonas más afectadas de las provincias de Sukhothai, Phitsanulok, Phichit y Kamphaeng-Phet.

Al finalizar 2011 MSF tenía 42 trabajadores en Tailandia, donde hemos estado presentes desde 1976.

TERRITORIOS PALESTINOS OCUPADOS



Los palestinos siguieron sufriendo las consecuencias de la violencia y los conflictos en 2011.

Aumentaron alarmantemente los ataques, disparos, detenciones, demoliciones, desalojos, redadas, incursiones nocturnas y episodios violentos. En Cisjordania más de 700 civiles fueron desplazados por la fuerza. El conflicto entre las facciones palestinas también se saldó con personas heridas y traumatizadas.

Atención psicológica por la violencia

MSF presta asistencia médica y social, psicoterapia a corto plazo y derivación hospitalaria a los afectados por la violencia y los conflictos en los distritos de Hebrón, Qualquilya, Nablús y Tubas. Nos centramos en los pacientes que muestran síntomas de estrés agudo, ansiedad, síndromes postraumáticos o depresión. En total atendimos más de 1.600 consultas médicas y unas cuatro mil de salud mental.

Hemos ampliado el proyecto a la población de Jerusalén Este que sufre trastornos psicológicos y carece de atención especializada. En 2011 realizamos 223 consultas con refugiados del campo de Shufat y residentes del barrio de Silwan.

En la franja de Gaza operamos proyectos similares, pero nos vimos obligados a suspenderlos por decisión de las autoridades sanitarias. Entre enero y agosto



Una familia de Iraq Burin, cerca de Nablús, recibe apoyo psicológico.

atendimos 870 consultas médicas y más de dos mil de salud mental. La mayoría de los pacientes eran niños.

Escasez de medicamentos

El embargo israelí sobre la franja de Gaza, la crisis financiera que sufre desde hace años la Autoridad Nacional Palestina en Ramala y la falta de cooperación crónica entre esta y las autoridades de Gaza han contribuido al deterioro de la capacidad del sistema de salud pública. Desde mediados de 2011, los centros médicos afrontan una grave escasez de fármacos y otros suministros. MSF realizó donaciones periódicas para cubrir las necesidades, además de suministrar medicamentos esenciales al departamento de cardiología del hospital de Al Shifa.

Atención a quemados

MSF opera desde 2007 un proyecto de rehabilitación de quemados en la franja de Gaza. Ofrecemos psicoterapia y curamos las heridas de los pacientes derivados

desde las unidades de quemados de los hospitales de Al Shifa y Nasser.

En este último hospital, situado en Khan Yunis, en el sur de la franja de Gaza, también tenemos un proyecto de cirugía especializada. Varias veces al año, equipos de cirujanos, enfermeros quirúrgicos y anestesistas practican intervenciones complejas que no puede ofrecer el hospital. La mayoría de los pacientes operados son niños con quemaduras.

Al finalizar 2011 MSF tenía 136 trabajadores en los Territorios Palestinos Ocupados, donde estamos presentes desde 1989.

TÚNEZ



A principios de 2011, la violencia en Libia obligó a miles de personas a abandonar el país. Muchos cruzaron la frontera con Túnez.

Las autoridades libias impidieron la entrada al país al personal de MSF en Ras Ajdir, una pequeña ciudad tunecina en la frontera con Libia. Nuestra intención era ayudar a las víctimas del conflicto. Al final, fuimos testigos de la llegada de miles de personas a Túnez.

Atención a los refugiados libios

Los centros de salud de las ciudades y pueblos fronterizos con Libia no daban abasto. En Dehiba, a pocos kilómetros de la frontera, habilitamos un centro de estabilización para atender a los heridos en el conflicto libio. En marzo y abril tratamos a casi 60 pacientes de urgencias. También operamos clínicas móviles en Dehiba, Remada y Tataouine, donde prestamos atención médica y psicológica a los refugiados.

Atención a los ciudadanos de terceros países

A finales de febrero, las autoridades sanitarias libias y las ONG locales pudieron cubrir la mayor parte de las necesidades médicas. MSF detectó carencias en la atención psicológica, por lo que en marzo empezamos a ofrecerla en el campo de refugiados de Shousha, cerca de Ras Ajdir. Más adelante, ampliamos la asistencia a refugiados de los otros dos campos de la zona.

En junio, más de 600.000 inmigrantes, refugiados y solicitantes de asilo habían salido de Libia. Aunque en gran parte fueron repatriados rápidamente a sus países de origen, miles quedaron atrapados en Egipto, Italia, Níger o Túnez con gran incertidumbre sobre su futuro.

Para muchos, este estrés, sumado a las experiencias traumáticas que habían vivido o presenciado en su huida de Libia, así como la persecución y los malos tratos a los que habían sido sometidos antes del conflicto, fue insoportable.

En Shousha, el campo más grande, unas 4.000 personas, en su mayoría del África subsahariana, seguían sin ser repatriados meses después de su llegada, debido principalmente a la peligrosidad reinante en sus países de origen. Las malas condiciones de vida en el campo, inadecuado para estancias largas, así como los crecientes problemas de seguridad, provocaron choques violentos en mayo. MSF amplió sus actividades para prestar atención médica y psicológica y distribuir comida, agua y artículos de ayuda. La violencia exacerbó la desesperación de los refugiados. Algunos, con la esperanza de un mejor recibimiento en Europa, optaron por arriesgar su vida en una dura travesía por el Mediterráneo.

MSF exhortó a los países que participaban en el conflicto libio a recibir, asistir y proteger mejor a las víctimas. En nuestro informe *Entre la espada y la pared*: las víctimas olvidadas del conflicto en Libia recordamos a todas las partes enfrentadas y países vecinos que, según el derecho internacional, tenían la obligación de abrir sus fronteras y proteger a los refugiados que huían de Libia.

Traspaso de actividades

En agosto la mayoría de los refugiados libios habían vuelto a casa, por lo que empezamos a reducir nuestras actividades, cesándolas en septiembre. Miles de ciudadanos de terceros países permanecieron en Shousha, pero sus necesidades médicas quedaron cubiertas por las demás organizaciones que siguieron trabajando en el campo, así que les traspasamos nuestras actividades.

Entre marzo y septiembre atendimos 10.500 consultas médicas y 21.000 psicológicas. Antes de abandonar el campo donamos material y equipos médicos a los centros de salud de Tataouine y Medenine.

Evacuación médica en barco

En abril se libraron fuertes combates en la ciudad libia de Misrata, que quedó aislada y sin acceso a la ayuda exterior. Los hospitales y clínicas no daban abasto con las víctimas. MSF organizó dos evacuaciones médicas desde Misrata a Túnez en barco. A bordo, nuestro personal médico atendió de urgencia a los 135 pacientes evacuados. A su llegada, las autoridades sanitarias y la Media Luna Roja tunecina los trasladaron a hospitales de Sfax, Zarzis y la isla de Djerba.

Al finalizar 2011, año en que empezamos a operar en Túnez, MSF tenía seis trabajadores en el país.



Un educador sanitario explica los servicios de salud mental a unos refugiados del campo de Shousha.

Mouhaydin

Somalí de 27 años

“Salí de Somalia en 1994 debido a la guerra. Cuando mataron a mi padre, mi familia huyó a Etiopía. Siguen viviendo allí. Soy el hijo mayor y he de mantener a mi familia, por lo que decidí ir a Libia y de allí a otros países en busca de trabajo y un futuro.

“Llegué a Libia hace ocho años. Trabajaba como jornalero y limpiador. Era muy duro. Nos trataban como a esclavos. Cuando estalló la guerra, la situación se volvió muy peligrosa para los extranjeros. De nuevo, tuve que huir. Llegué al campo de Shousha el 6 de marzo.”

TURQUÍA



Víctimas de los terremotos que sacudieron el este de Turquía en octubre y noviembre.



Los inmigrantes sin papeles no tienen acceso a la sanidad en Turquía. En junio, con el fin de atender a los que viven en Estambul, MSF firmó un acuerdo de colaboración con una ONG turca, la Asamblea de Ciudadanos de Helsinki. Ayudamos a los más vulnerables, mujeres, niños y mayores incluidos, en diez de los municipios de la ciudad. La mayoría de los pacientes han tenido experiencias traumáticas, agravadas ahora por sus problemas para integrarse en su nuevo entorno.

Los psicólogos se encargaron de la salud mental, mientras que trabajadores sanitarios e intérpretes de la comunidad ayudaron al equipo médico y realizaron actividades de proximidad con los grupos de inmigrantes, las organizaciones comunitarias y los centros de salud turcos. En 2011 se organizaron casi 940 sesiones grupales.

Nuestros equipos dispensaron atención psicológica a inmigrantes indocumentados en Estambul y a los supervivientes de los terremotos en Van.

Respuesta a los terremotos

Los dos seísmos que sacudieron el este de Turquía en octubre y noviembre causaron al menos 500 muertos y 2.500 heridos. Un equipo de MSF en Van colaboró con las autoridades locales y dos ONG turcas, Hayata Destek y la Asamblea de Ciudadanos de Helsinki, en la distribución de dos mil tiendas de campaña de invierno y otros tantos kits de cocina a 12.000 personas en 37 pueblos de la provincia de Van.

En diciembre iniciamos un proyecto de apoyo psicológico de dos meses en 31 pueblos. Una vez concluido, 3.470 mujeres y 1.850 hombres habían participado en sesiones grupales y 53 habían recibido asesoramiento individual. Los pacientes más graves fueron derivados al hospital de Van.

Al finalizar 2011 MSF tenía ocho trabajadores en Turquía, donde estamos presentes desde 1999.

UGANDA



MSF refuerza los hospitales y centros de salud de los distritos de Kitgum y Lamwo y la provincia de Karamoja, en el norte de Uganda. En 2011 se realizaron cerca de 17.000 consultas externas y 3.365 prenatales y fueron hospitalizadas 506 personas.

Desde el fin del conflicto, la situación sanitaria general ha mejorado, por lo que hemos cambiado el foco de nuestras actividades en Kitgum y Lamwo para asistir a las víctimas de la violencia sexual: 18 centros de salud las atienden ahora en los dos distritos.

En Karamoja, donde continúan los combates, hubo heridos que necesitaban tratamiento. Cuando se produjeron sendos brotes de fiebre amarilla y hepatitis E en la región, MSF ayudó a las autoridades sanitarias. También colaboramos en la respuesta a un brote de Ébola en Luwero, en el centro del país.

En el marco de nuestro proyecto de tuberculosis (TB), más de 500 nuevos pacientes iniciaron el tratamiento en 2011. En diciembre dimos de alta al primer paciente en tratamiento por TB multirresistente (MDR-TB). MSF ha presionado a otras organizaciones

Además de nuestros proyectos de VIH y tuberculosis, atendemos a las personas que se recuperan del conflicto que asoló durante años el norte del país.

para que administren el tratamiento de la MDR-TB.

Atención a los pacientes de VIH en Arua

El Ministerio de Sanidad ugandés aprobó la aplicación del protocolo de tratamiento de MSF para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH) a partir de 2012.

Seguimos dispensando el tratamiento en el hospital regional de Arua, en el noroeste del país. Una media de 25 mujeres dio a luz al mes en nuestro proyecto de PTMH. Inscribimos a casi dos mil nuevos pacientes en nuestro proyecto de VIH y administramos el tratamiento antirretroviral (ARV) a 6.400.

Como Arua está cerca de la frontera con República Democrática del Congo, donde el acceso al tratamiento ARV es muy limitado, una parte importante de los seropositivos de la zona son del país vecino. MSF ha reforzado la clínica de VIH de un centro de salud de Oli, a las afueras de Arua. Al finalizar 2011, más de 780 pacientes recibían atención en esta clínica. El proyecto será traspasado al Ministerio de Sanidad en 2012.

Los proyectos de Oli y Arua ofrecen atención integrada a los pacientes que sufren otras enfermedades asociadas al VIH, como TB y desnutrición. Más de 700 pacientes coinfectados con TB y más de 550 niños con desnutrición severa recibieron tratamiento en 2011.

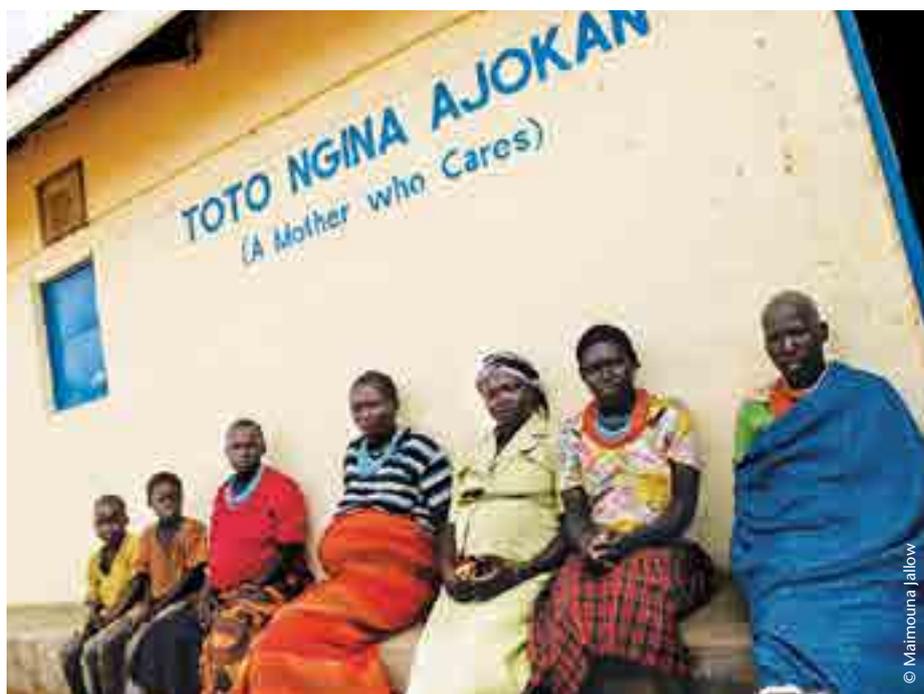
Enfermedad del sueño

Esta enfermedad, conocida también como tripanosomiasis humana africana, es endémica en Uganda. MSF ha apoyado los programas del Ministerio de Sanidad, pero a mediados de año, después de que una evaluación revelara que la prevalencia de la enfermedad era inferior a lo esperado, nuestro equipo decidió abogar por la apertura de centros de tratamiento y formar al personal de los programas nacionales y regionales.

Investigación para mejorar el diagnóstico y tratamiento

En 2011 se realizaron varios proyectos de investigación en el país. En colaboración con la London School of Hygiene and Tropical Medicine, dirigimos un estudio de campo operacional sobre la aceptación de la atención a domicilio, dispensada por equipos sanitarios de los pueblos, entre los pacientes de TB y TB resistente a los medicamentos. En Karamoja, los investigadores estudiaron cómo influye la alimentación en la recuperación de los niños afectados por malaria, diarreas e infecciones respiratorias. MSF también inició un estudio sobre las pruebas de diagnóstico rápido para el VIH.

Al finalizar 2011 MSF tenía 613 trabajadores en Uganda, donde estamos presentes desde 1986.



Pacientes esperan a la entrada de una clínica en el distrito de Kaabong, en la región de Karamoja.

Opira

34 años, tiene MDR-TB

"Tomo 18 pastillas al día desde hace bastante tiempo... A veces me siento débil porque el efecto de los medicamentos es inmediato y no puedo hacer nada, tengo que esperar un rato. Si he comido bien, puede que no me entren ganas de vomitar. Y en otras ocasiones, aunque sienta que voy a vomitar, sí que puedo ir a dar una vuelta. Pero la mayor parte del tiempo, cuando tomo las pastillas, me he de tumbar en la cama a descansar porque me es imposible caminar.

"Al final regresaré a Gulu. Ese es mi plan. Vivía allí durante el conflicto y no salí hasta el año pasado, el 16 de mayo. Fue ese día cuando vine a Kitgum, debido a mi enfermedad."

Opira escribe un blog en el marco del proyecto TB&ME de MSF. Sus impresiones y las de otros pacientes sobre cómo es vivir con la TB están disponibles en: blogs.msf.org/tb/

UZBEKISTÁN



La tuberculosis resistente a los medicamentos está muy extendida. MSF ha empezado a administrar un tratamiento integral e iniciado un proyecto de apoyo.

Aunque la tuberculosis resistente a los medicamentos (DR-TB) se transmite por el aire, también puede desarrollarse cuando un paciente de TB, ya sea por una mala administración o un uso incorrecto de la medicación, se vuelve resistente a los medicamentos habituales. El tratamiento es muy duro, pues tiene efectos secundarios, desde náuseas hasta dolores de cabeza y trastornos del sueño, y puede prolongarse hasta dos años. Por ello, a los pacientes les es muy difícil completarlo.

Atención integral a los pacientes de TB

En la República Autónoma de Karakalpakistán, en el noroeste del país, MSF amplió su proyecto de dos a cinco de los 16 distritos: Chimbay, Khodjeyli, ciudad de Takhiatash, ciudad de Nukus y región de Nukus, triplicando el número de pacientes. Al finalizar el año, unos 780 recibían el tratamiento de la DR-TB y casi 200, el de la TB.

Nuestro proyecto comprende cuatro enfoques pensados para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento. Así, los tratamos como pacientes externos desde el primer día en lugar de ingresarlos en un hospital, lo que les ayuda a soportar mejor el tratamiento. Les educamos sobre la DR-TB, la medicación y los efectos secundarios para que entiendan y gestionen mejor su enfermedad. También les ofrecemos ayuda psicológica en sesiones individuales, grupales y familiares para que puedan hacer frente a los efectos físicos y



Dosis diaria de medicamentos para un paciente de MDR-TB. Incluye los antibióticos para la TB y fármacos para contrarrestar los efectos secundarios del tratamiento.

sociales de la enfermedad y del tratamiento. Por último les brindamos apoyo social práctico, como ayuda con el transporte y la comida. Ahora que Uzbekistán ha afianzado su compromiso con la lucha contra la TB, tenemos previsto ampliar nuestro proyecto a otros tres distritos en 2012.

Al finalizar 2011 MSF tenía 157 trabajadores en Uzbekistán, donde estamos presentes desde 1997.

MSF trató a
780
PACIENTES
de DR-TB

Rakhatay

Paciente de TB multirresistente

“Recibí tratamiento para la TB en nuestro hospital local durante un año, pero no sirvió de nada. Después me quedé postrado en cama. Pero Dios debe de haberse apiadado de mí, porque usted [médico de MSF] vino a mi casa y me dijo que existía tratamiento para mi enfermedad. Entonces no podía ni hablar, tan solo escuchar.

“Si he empezado el tratamiento de nuevo ha sido gracias a mi hija Kunduz. Fue ella la que me convenció. Me dijo que lo hiciera. Ahora estoy tomando los medicamentos. Antes, no podía ni comer, solo beber té negro con una cuchara. Ni siquiera podía levantar la cabeza. Gracias a Dios, ahora puedo ponerme de pie e incluso dar una vuelta.

“Nunca me olvidé de tomar los medicamentos. Me los traen las enfermeras Amangul, Umyt y Muhabbat. ¡Son tan amables! Me miman como a un niño y tienen sus trucos para que me trague los medicamentos sin darme cuenta. Les estoy tan agradecido. Ahora me encuentro muy bien de salud.”

© Natalia Shetlova / MSF

YEMEN

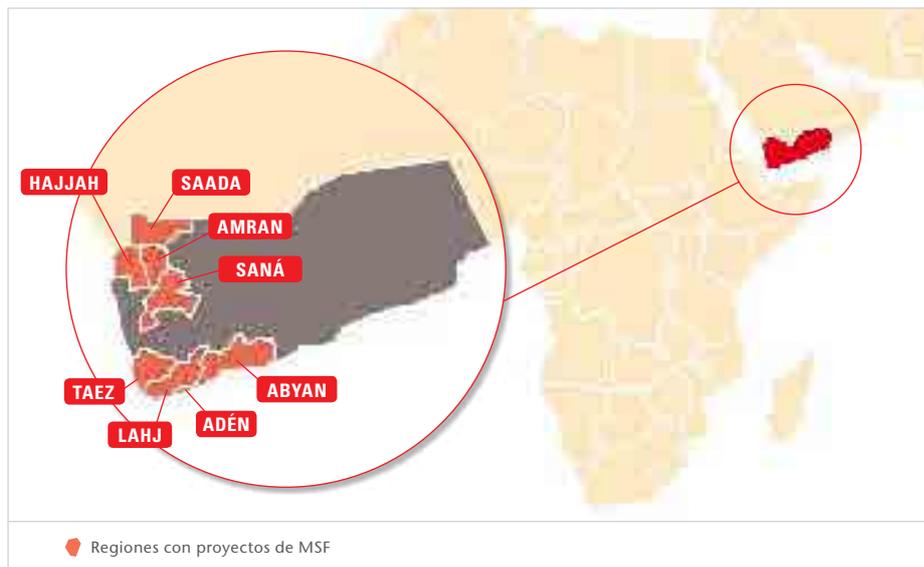
Las protestas en las principales ciudades terminaron en choques violentos.

En general, los centros de salud del país asumieron el aumento del número de pacientes. MSF cubrió las carencias de material y ofreció apoyo puntual.

Violencia en el sur

En mayo se produjo una escalada de los combates entre los grupos islamistas de la oposición y las fuerzas gubernamentales en la gobernación de Abyan, en el sur. Los centros de salud resultaron gravemente dañados y las autoridades nos impidieron acceder a determinados lugares.

En un puesto de salud en Jaar prestamos atención primaria y de urgencias y habilitamos sistemas de estabilización y derivación de pacientes en ambulancia. Unas dos mil personas recibieron atención de urgencias y más de 200 fueron trasladadas a un hospital privado en Adén, a 70 kilómetros de distancia.



En el hospital de Ad-Dali, al noroeste de Adén, apoyamos al personal de urgencias. Atendimos unas 4.400 consultas y derivamos a 120 pacientes a centros de salud de Adén.

Proseguimos con las actividades que iniciamos en julio de 2010 en el hospital del distrito de Radfan, en la gobernación de Lahj. Más

de 9.500 pacientes fueron ingresados en urgencias y los cirujanos realizaron más de 1.160 operaciones. MSF también ayudó en la farmacia y el laboratorio.

La violencia provocó el desplazamiento de unas cien mil personas. Aunque algunos fueron acogidos por residentes de la



Una consulta de urgencias en el hospital de Huth, en la gobernación de Amran.



© MSF

Un médico examina a un joven paciente en el hospital de Huth.

ciudad de Al-Hosn, donde MSF reforzaba una clínica, la mayoría se dirigió a Adén. Durante la segunda mitad del año realizamos consultas externas en tres clínicas, donamos medicamentos y formamos al personal médico.

En Saná, la capital, donamos fármacos y material médico a centros de salud públicos y privados, además de formar al personal para gestionar incidentes con un gran número de heridos. También operamos un servicio de ambulancias y, durante dos meses, realizamos intervenciones quirúrgicas en un centro de salud privado.

Las autoridades condicionan nuestras actividades en el norte

A pesar de la tregua pactada en 2010, la guerra civil continuó en Saada. La situación se volvió cada vez más difícil para las organizaciones de ayuda, y MSF tuvo que reducir sus actividades.

En septiembre, el Consejo Ejecutivo encargado de los asuntos humanitarios en Saada anunció nuevas condiciones para todas las organizaciones humanitarias y ONG que trabajan en la gobernación. Ordenó el cese de todas las evaluaciones independientes de

las necesidades médicas y la obligación de sustituir a todo el personal del Ministerio de Sanidad que trabajaba con MSF por otros propuestos por ellos.

Tras estudiar cómo afectaban estas nuevas condiciones a la calidad y eficacia de nuestra labor, suspendimos nuestras actividades en los hospitales de Al Talh y Razeh, así como en cinco centros de salud de la zona.

Los hospitales de Al Talh y Razeh son los únicos que ofrecen atención especializada fuera de la ciudad de Saada. Nuestro personal en Al Talh realizó 48.000 consultas externas y 459 intervenciones quirúrgicas, además de ingresar a 1.900 pacientes en los primeros nueve meses del año. En marzo y abril también reforzamos los servicios de pediatría y nutrición del hospital Al Jamouri, en la ciudad de Saada.

La violencia siguió causando estragos en la gobernación vecina de Amran. Trabajamos en los hospitales de Khameer y Huth y operamos clínicas móviles en los alrededores. Atendimos más de 40.000 consultas, tratamos a unos 1.250 niños con desnutrición severa y asistimos 500 partos. Debido al aumento de la inseguridad, los cirujanos solo pudieron

trabajar tres meses en todo el año. Aun así realizaron 325 operaciones, y nuestros equipos atendieron a más de 800 pacientes hospitalizados.

Muchos yemeníes que huyeron de la violencia en Saada se dirigieron hacia el sur, a Al Mazraq, en la gobernación de Hajjah. MSF ofrece atención primaria a los refugiados de los campos que hay cerca de Al Mazraq. Nos centramos, en concreto, en los niños con desnutrición, las víctimas de la violencia sexual y las personas que necesitaban atención psicológica.

MSF también gestiona el único hospital de Al Mazraq, construido por la Organización de la Conferencia Islámica y la Media Luna Roja de Catar y equipado con un departamento de urgencias y un quirófano. El personal ofreció atención primaria y especializada a los desplazados y la población local. En 2011, realizó más de 30.000 consultas, trató a más de 4.200 pacientes de urgencias y dispensó .

Al finalizar 2011 MSF tenía 574 trabajadores en Yemen, donde estamos presentes desde 1994.

YIBUTI



En 2011, el número de niños que ingresamos en nuestro centro de recuperación nutricional intensiva aumentó en un 60% hasta los 1.735, frente a los 1.029 de 2010. Además, tratamos por desnutrición a más de 2.200 niños en los seis centros de salud que situados en las afueras de la ciudad de Yibuti.

Desnutrición crónica

La situación nutricional en Yibuti es de una gravedad crónica. Nuestro objetivo es centrarnos en las actividades de emergencia, por lo que estamos traspasando nuestros servicios en el país. En agosto, el programa ambulatorio se traspasó al Ministerio de Sanidad y a otras ONG que trabajan a más largo plazo.

La campaña de detección de casos que MSF llevó a cabo en el primer semestre de 2011 reveló un aumento del número de niños con desnutrición moderada.

En nuestro proyecto pudimos comprobar que cada vez más niños también padecen tuberculosis (TB): 81 dieron positivo, y, tras completar el tratamiento en el centro nutricional, fueron derivados al programa nacional de TB. El proyecto de nutrición intensiva se traspasará a las autoridades nacionales en abril de 2012.

Incidir para el cambio

La capacidad agrícola de Yibuti es limitada debido a su clima cálido y seco y se ha reducido aún más debido a la sequía que ha sufrido recientemente la región. La disponibilidad de alimentos en la ciudad de Yibuti, donde vive cerca del 60% de la población, se encuentra bajo presión, agravada por la "población flotante" de inmigrantes que transitan por el país.

MSF solicitó a la ONU y al Gobierno que tomaran medidas para evitar que un deterioro mayor de la situación y abogó por el uso de alimentos preparados enriquecidos. A

diferencia de las harinas enriquecidas de maíz y soja con las que se suelen complementar las dietas infantiles, estos alimentos tienen una base de proteínas animales y contienen todos los nutrientes esenciales para el desarrollo de los niños.

El Ministerio de Salud está revisando el protocolo nacional del tratamiento de la desnutrición en menores de cinco años con el fin de incorporar estos preparados.

Respuesta al cólera

Entre julio y agosto estalló un brote de cólera, una enfermedad bacteriana transmitida por el agua que causa diarrea acuosa profusa. MSF reforzó la respuesta de las autoridades sanitarias. Tratamos a 190 pacientes y volvimos a intervenir cuando se produjo otro brote menor en octubre.

Al finalizar 2011 MSF tenía 134 trabajadores en Yibuti, donde estamos presentes desde 2008.



Consulta de pediatría en una clínica de la ciudad de Yibuti.

ZAMBIA



la prueba en 2011. Se deriva a las que dan positivo al hospital de distrito de Luwingu, donde MSF apoya el programa de PTMH.

Pero no basta con asesorar y hacer la prueba. La estigmatización que sufren los seropositivos es muy fuerte en las zonas rurales, por lo que la gente es reacia a hacerse la prueba. Por ello, un equipo de MSF viaja regularmente a los pueblos del distrito para mejorar el conocimiento del VIH y su tratamiento. Nuestro objetivo es animar a la población a hacerse la prueba para que, en caso de que den positivo, busquen tratamiento. También que las mujeres embarazadas eviten que sus hijos nazcan con el virus.

Atención materna

En siete centros de salud de Luwingu también reforzamos los servicios de atención materna. Ofrecemos planificación familiar y atención pre y postnatal y asistimos partos. En 2011, asistimos una media de 110 partos y realizamos unas 700 consultas prenatales al mes. El paquete de atención prenatal incluye pruebas de infecciones de transmisión sexual, anemia, VIH y malaria. Esta última puede poner en riesgo la vida de las mujeres embarazadas y aumenta las posibilidades de un parto prematuro y de que el niño nazca bajo de peso o muerto.

MSF también formó al personal del Ministerio de Sanidad y donó material médico y vacunas.

Campaña de vacunación contra el sarampión

A comienzos de mayo, pusimos en marcha una respuesta de emergencia a la epidemia de sarampión que afectó a miles de niños, sobre todo en el norte del país. Colaboramos con las autoridades sanitarias en una campaña de vacunación dirigida a 558.800 niños entre seis meses y quince años de edad en las provincias de Luapula y del Norte. También tratamos a personas con complicaciones como neumonía, deshidratación y desnutrición.

Preparación y prevención del cólera

MSF puso en marcha un proyecto de prevención del cólera en Lusaka durante la estación lluviosa, cuando la incidencia de la enfermedad es mayor. Tratamos con cloro el agua de los puntos de distribución, repartimos jabón por las casas y organizamos actividades para informar a la población sobre cómo evitar la transmisión e identificar síntomas de la enfermedad y dónde buscar ayuda. Otras agencias internacionales y ONG han seguido este modelo en el desarrollo de sus actividades de prevención en el país.

Al finalizar 2011 MSF tenía 87 trabajadores en Zambia, donde estamos presentes desde 1999.

El número de seropositivos en tratamiento ha aumentado en el país. Según el último informe de ONUSIDA, reciben antirretrovirales entre el 70% y el 80% de los pacientes que los necesitan.

Aun así, la prevención sigue siendo un problema, sobre todo fuera de las grandes ciudades. Uno de los elementos clave del proyecto de MSF en el distrito de Luwingu, en la provincia del Norte, de difícil acceso, es la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH).

En colaboración con el Ministerio de Sanidad, nuestro equipo ofrece asesoramiento y pruebas de diagnóstico a mujeres embarazadas: cerca de 4.800 se hicieron



Campaña de vacunación contra el sarampión en el norte de Zambia.

ZIMBABUE

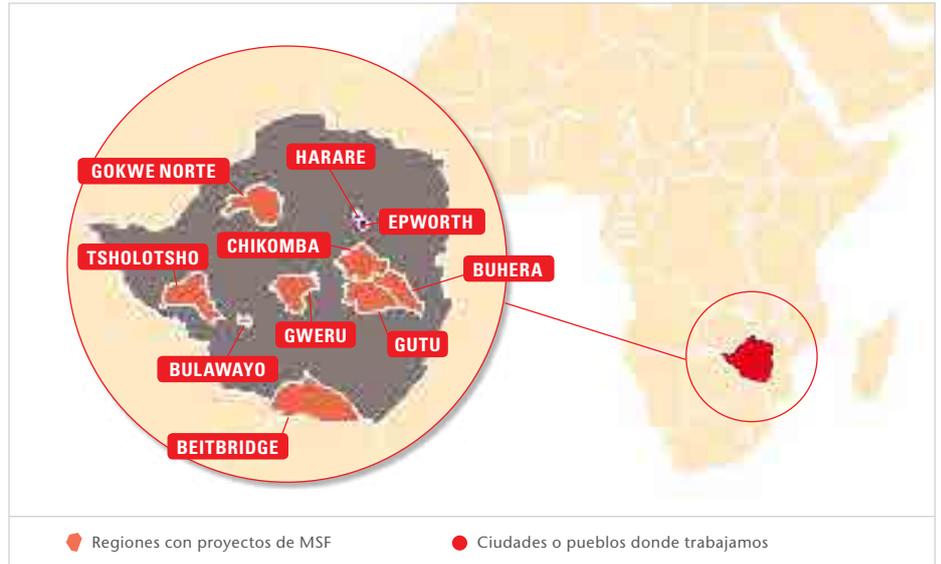
Los planes para mejorar la atención a los pacientes de VIH se vieron truncados cuando el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, uno de los principales donantes del programa nacional de VIH y TB, anunció que cancelaba su ronda de financiación.

Según el Gobierno de Zimbabwe, solo recibe el tratamiento antiretroviral (ARV) el 63% de las personas que lo necesitan.

MSF trabaja en los centros de salud públicos, donde ofrecemos principalmente atención a pacientes de VIH y tuberculosis (TB), incluida la resistente a los medicamentos. El proyecto cubre pruebas, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento y, en el caso de las embarazadas, atención prenatal y prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH). En 2011 apoyamos el tratamiento ARV de unas 48.430 personas. También disponemos de servicios de laboratorio, actividades de promoción de la salud y asistencia a víctimas de la violencia sexual.

Ampliación del tratamiento

Desde 2004 atendemos a pacientes de VIH y TB en el distrito de Buhera, en la provincia



oriental de Manicaland. Hoy reciben el tratamiento ARV el 86% de las personas que lo necesitan. Esta ampliación del tratamiento ha sido posible gracias a la introducción de nuevos modelos de atención, como el traspaso de tareas. Así, hemos formado a enfermeros para que inicien y hagan el seguimiento del tratamiento ARV en lugar de los médicos. También hemos trabajado en los centros de salud rurales para que los pacientes de VIH de estas zonas tengan un mejor acceso a la atención: el 75% de los 18.590 pacientes que han comenzado el tratamiento con ARV desde la puesta en marcha del proyecto viven en zonas rurales.

Con el fin de ampliar rápidamente los servicios a otras partes del país, formamos a 26 trabajadores del Ministerio de Sanidad para que reforzaran la atención a los pacientes de VIH en las clínicas de los distritos de Gutu (provincia de Masvingo) y Chikomba (Mashonaland Oriental).

En Tsholotsho, en el oeste del país, nos centramos en el tratamiento de embarazadas, adolescentes y niños seropositivos y en la PTMH. Al finalizar el año, más de nueve mil pacientes recibían el tratamiento ARV.

Éxito y sostenibilidad de los traspasos

Al trabajar integrados en los centros de salud públicos, pudimos ofrecer formación



© Brendan Bannion

Un niño de 18 meses y su madre esperan ser visitados por un médico en la clínica Overspill, en Epworth, cerca de Harare.

Guide

"Me diagnosticaron TB, pero tanto el tratamiento de primera como el de segunda línea no dieron resultado. Seguí tosiendo y perdiendo peso, ya no podía caminar y no tardé en quedar postrado en cama. En diciembre de 2010 empecé el tratamiento para la TB multirresistente (MDR-TB) y desde entonces he mejorado mucho. Por desgracia, contagié a mi mujer. ¡Es difícil que un marido y su mujer vivan separados! Pero ahora también recibe tratamiento y pasa las noches en otra habitación. Nuestros hijos se quedarán con sus abuelos, aquí cerca, hasta que ya no sea peligroso para ellos volver a casa."



© Brendan Bannion

Una paciente de VIH juega con sus hermanos junto a su casa en Epworth.

y nuestro conocimiento en trasпасos, incluyendo los servicios de PTMH y la nutrición terapéutica de niños. En 2011, casi cuatro mil pacientes fueron transferidos de la clínica Domboramwari en Epworth a una nueva construida por MSF en Overspill, en las afueras de la ciudad. Traspasamos esta última al Ministerio de Sanidad, cuyo personal opera ahora la mayoría de los servicios.

MSF sigue trabajando en la clínica Domboramwari. En Epworth más de 26.600 personas se hicieron la prueba del VIH, de las cuales 7.116 dieron positivo. Al finalizar el año, MSF atendía a más de 14.220 pacientes de VIH y administraba el tratamiento ARV a 10.500. También tratamos a 1.353 pacientes de TB, once de ellos con DR-TB.

El sistema nacional de salud integró plenamente a otros once mil pacientes de VIH de los proyectos de MSF en Gweru y Bulawayo.

Atención a los grupos vulnerables

MSF abrió una clínica en Caledonia Farm, un asentamiento que levantaron a las afueras de Harare los residentes ilegales expulsados de la ciudad hace unos años. La clínica

ofrece atención primaria, asesoramiento, la prueba del VIH, tratamiento ARV y tratamiento de la TB.

En octubre, en Mbare, un barrio densamente poblado de la ciudad, MSF puso en marcha un nuevo proyecto dirigido a las víctimas de la violencia sexual. En colaboración con las ONG y clínicas locales y el personal sanitario nacional, MSF presta atención médica y psicológica. Al finalizar el año, el proyecto había atendido a 125 personas.

En enero, nuestro proyecto en Beitbridge, cerca de la frontera con Suráfrica, pasó de ofrecer atención primaria a tratar el VIH y la TB, centrándonos en las personas con mayor riesgo de infección. Al finalizar el año, atendimos a unos 2.500 pacientes en el hospital de distrito de Beitbridge, una clínica de la ciudad y cuatro rurales.

Emergencias

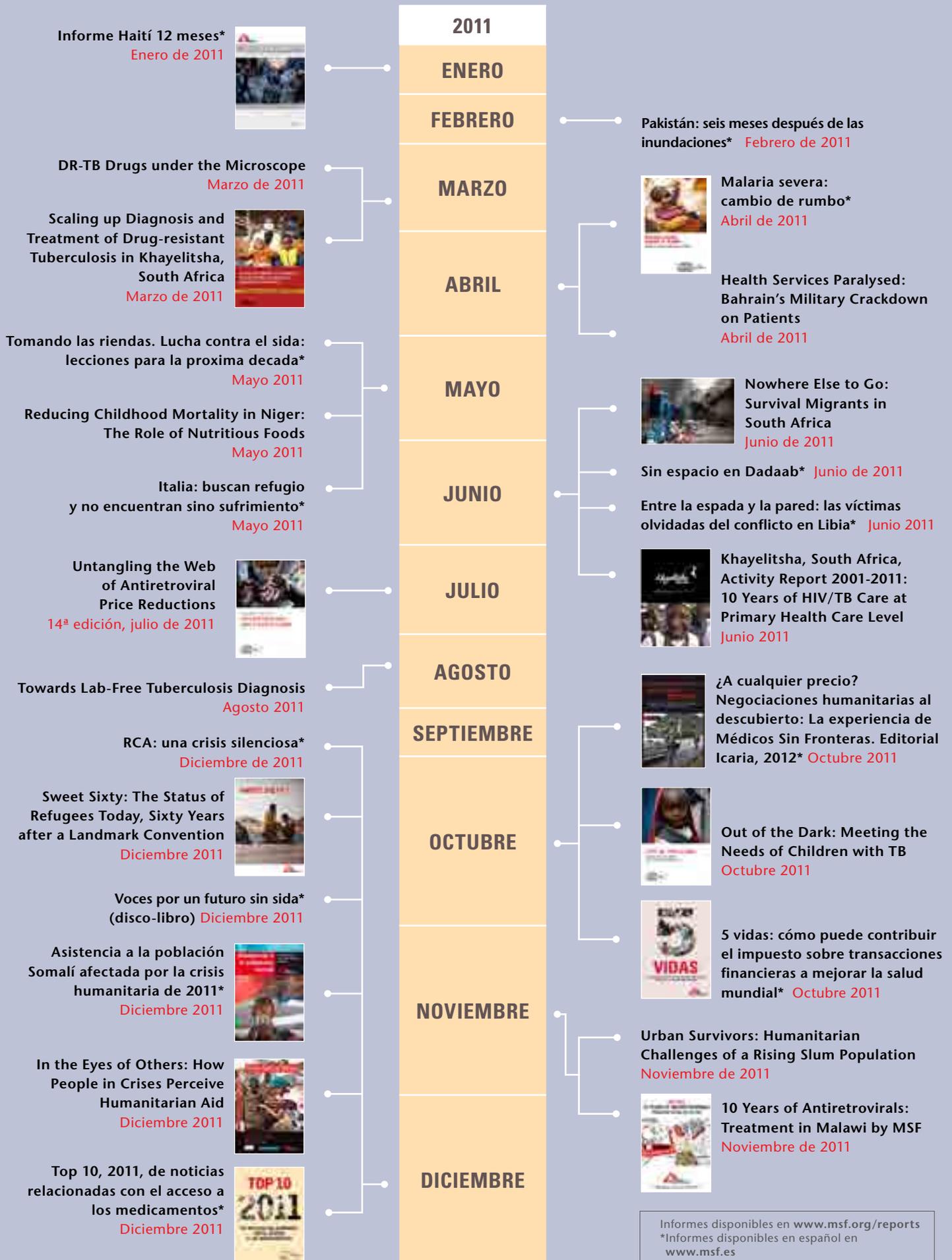
MSF siguió colaborando en la respuesta a emergencias y brotes, como el de cólera en Buhera y el de fiebre tifoidea en Harare. Reforzamos los servicios de salud nacionales y tratamos a más de 950 personas con fiebre tifoidea y casi 70 con cólera. También hicimos

una evaluación y respondimos rápidamente a un brote de ántrax y una alerta de sarampión en Tsholotsho.

Al finalizar 2011 MSF tenía 886 trabajadores en Zimbabwe, donde estamos presentes desde 2000.

Más de
48.000
PACIENTES
en tratamiento
antirretroviral

INFORMES ESPECIALES 2011



Informes disponibles en www.msf.org/reports
*Informes disponibles en español en www.msf.es

DATOS Y CIFRAS

MSF es una organización médico-humanitaria internacional, independiente, de carácter privado y sin ánimo de lucro.

Está formada por 19 secciones nacionales en Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Holanda, Hong Kong, Italia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, Suecia y Suiza, una oficina internacional en Ginebra y oficinas en Irlanda, República Checa y Suráfrica.

La búsqueda de la eficiencia ha llevado a MSF a crear diez organizaciones, llamadas satélites, especializadas en diversas actividades, como suministros de

ayuda humanitaria, estudios médicos y epidemiológicos o la investigación en acción social y humanitaria. Son: MSF-Supply, MSF-Logistique, Épicentre, Fondation MSF, Etat d'Urgence Production, MSF Assistance, SCI MSF, SCI Sabin, Ärzte Ohne Grenzen Foundation y MSF Enterprises Limited. Al estar controladas por MSF, estas organizaciones se incluyen en los balances financieros y las cifras que presentamos en este apartado.

Estas son el resultado de la combinación de las cuentas internacionales de MSF. Las cifras combinadas internacionales de 2011 se han calculado conforme a las normas contables internacionales de MSF, que cumplen la mayoría de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). Las cuentas han sido auditadas conjuntamente por las firmas KPMG y Ernst & Young conforme a las normas

internacionales de auditoría. En nuestra web, www.msf.org, está disponible el Informe Financiero 2011 completo. Además, las secciones nacionales de MSF publican anualmente sus informes financieros auditados conforme a las políticas contables, la legislación y la normativa de auditoría de cada país. Puede solicitarse una copia de estos informes a cada una de las secciones.

Las cifras aquí presentadas al ejercicio 2011. Todas las cifras están expresadas en millones de euros.

Nota: Las cifras de estas tablas se han redondeado, por lo que puede haber pequeñas diferencias en las sumas totales.

DÓNDE SE GASTÓ EL DINERO

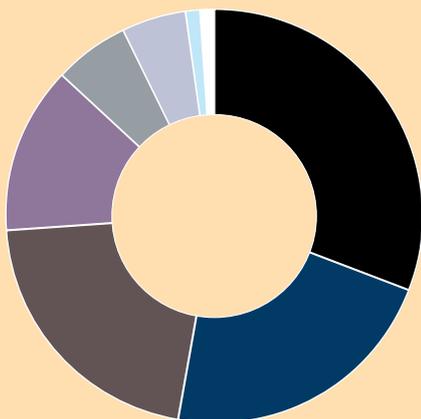
Inversión en los proyectos por naturaleza del gasto

■ Personal nacional	31 %
■ Personal internacional	22 %
■ Suministros médicos y nutricionales	21 %
■ Transportes, fletes y almacenamiento	13 %
■ Logística y saneamiento	6 %
■ Gastos de funcionamiento	5 %
■ Formación y apoyo local	1 %
■ Consultores y apoyo al terreno	1 %

La mayor partida de gastos es la del personal en el terreno: un 53% comprende todos los costes relativos al personal nacional e internacional (billetes de avión, seguros, alojamiento, etc.).

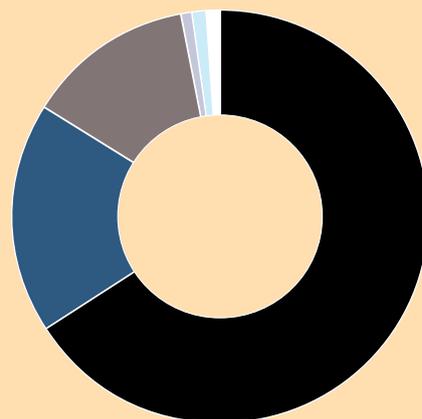
La partida de suministros médicos y nutricionales incluye medicamentos y material médico, vacunas, gastos de hospitalización y alimentos terapéuticos. La entrega de estos suministros se contabiliza en la partida de transportes, fletes y almacenamiento.

La partida de logística y saneamiento incluye materiales de construcción y material médico de los centros de salud, agua y saneamiento y suministros logísticos.



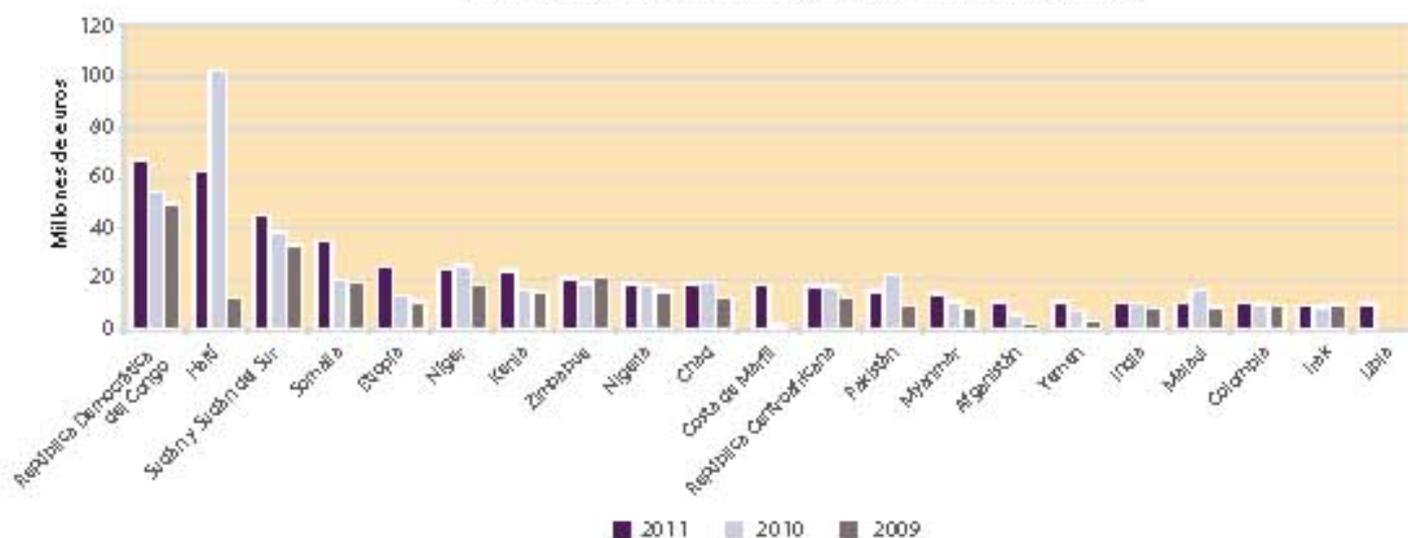
Inversión en los proyectos por continentes

■ África	66 %
■ Asia	18 %
■ América	13 %
■ Europa	1 %
■ Oceanía	1 %
■ No afectados	1 %



PAÍSES DONDE MÁS INVERTIMOS

Países en los que la inversión de MSF supera los diez millones de euros



ÁFRICA

	M€
República Democrática del Congo	67,4
Sudán del Sur	35,7
Somalia	35,1
Etiopía	24,8
Níger	24,2
Kenia	22,9
Zimbabue	20,3
Nigeria	18,0
Chad	17,9
Costa de Marfil	17,4
República Centroafricana	17,0
Malawi	10,5
Libia	10,0
Suazilandia	9,6
Sudán	9,2
Guinea	8,4
Mozambique	8,0
Uganda	7,5
Suráfrica	6,9
Sierra Leona	6,2
Malí	4,6
Burundi	3,8
Zambia	3,6
Liberia	3,2
Camerún	3,1
República del Congo	3,0
Burkina Faso	2,7
Egipto	2,2
Yibuti	1,5
Madagascar	1,0
Otros países*	1,2
Total	406,9

ASIA Y ORIENTE MEDIO

	M€
Pakistán	15,0
Myanmar	13,9
Afganistán	11,5
Yemen	11,0
India	10,9
Irak	10,1
Uzbekistán	5,1
Territorios Palestinos Ocupados	4,1
Bangladesh	4,0
Sri Lanka	3,6
Japón	2,5
Irán	2,1
Kirguizistán	2,1
Armenia	2,0
Siria	2,0
Tailandia	1,4
Camboya	1,4
Líbano	1,3
Turquía	1,3
Georgia	1,2
Otros países*	2,7

Total 109,2

AMÉRICA

	M€
Haití	62,3
Colombia	10,4
Bolivia y Paraguay**	1,6
Guatemala	1,0
Otros países*	1,7

Total 77,0

EUROPA

	M€
Rusia	5,5
Ucrania	2,01
Francia	1,2
Otros países*	0,9

Total 9,7

OCEANÍA

	M€
Papúa Nueva Guinea	3,8

Total 3,8

NO AFECTADOS

	M€
Actividades transversales	1,4
Otros	1,8

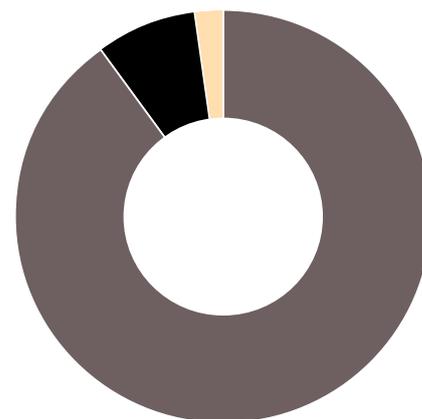
Total 3,2

* Todos los países en los que la inversión en proyectos fue inferior a un millón de euros.

** La operación en Bolivia y Paraguay es un proyecto conjunto.

PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS

	2011		2010	
	M €	%	M €	%
Fondos privados	791,6	89%	858,9	91%
Fondos públicos institucionales	75,2	9%	69,3	7%
Otros	18,7	2%	15,1	2%
Ingresos	885,5	100%	943,3	100%



■ Fondos privados	89 %
■ Fondos públicos institucionales	9 %
■ Otros ingresos	2 %

CÓMO SE GASTÓ EL DINERO

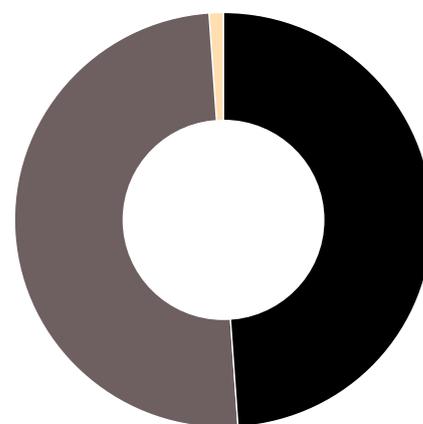
	2011		2010	
	M €	%	M €	%
Proyectos	609,8	68%	555,3	68%
Gastos de apoyo sedes-terreno	92,3	10%	78,7	10%
Testimonio/sensibilización	27,5	3%	26,4	3%
Otras actividades humanitarias	7,0	1%	5,7	1%
Total misión social	736,6	82%	666,1	82%
Captación de Fondos	110,9	12%	103,7	13%
Gestión, general y administración	52,4	6%	43,1	5%
Otros gastos	163,3	18%	146,8	18%
Total gastos	899,9	100%	812,9	100%
Ganancias y pérdidas netas por cambio de divisas	-1,6		2,1	
Superávit / déficit tras cambio de divisas	-16,0		132,5	

4,5
MILLONES
de socios

BALANCE

(situación financiera a final de año)

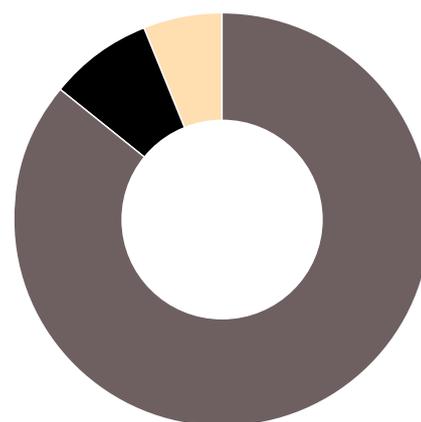
	2011		2010	
	M €	%	M €	%
Líquido y equivalentes	572,9	81%	600,9	84%
Otros activos corrientes	84,4	12%	71,1	10%
Activos a largo plazo	49,6	7%	43,2	6%
Total activos - Neto	706,9	100%	715,2	100%
Fondos afectados	2,5	0%	2,5	0%
Fondos no afectados	592,3	84%	608,1	85%
Otras reservas	16,1	2%	8,7	1%
Total reservas	610,9	86%	619,3	86%
Pasivos corrientes	96,0	14%	95,9	14%
Total pasivos y reservas	706,9	100%	715,2	100%



■ Ingresos	885,5
■ Gastos	899,9
■ Déficit	-16,0

DATOS DE RRHH

	2011		2010	
Médicos	1.734	27%	1.672	25%
Enfermeros y otro personal sanitario	1.935	30%	2.002	31%
No sanitarios	2.707	43%	2.887	44%
Salidas internacionales (año completo)	6,376	100%	6,561	100%
	<i>Nº de personal</i>	<i>%</i>	<i>Nº de personal</i>	<i>%</i>
Personal nacional	29.302	86%	25.185	85%
Personal internacional	2.580	8%	2.465	8%
Personal en el terreno	31.882	94%	27.650	93%
Personal de sede	2.062	6%	1.907	7%
Personal total	33.944	100%	29.557	100%



Personal nacional	86%
Personal internacional	8%
Personal de sede	6%

Fuentes de ingresos

A fin de garantizar su independencia y reforzar sus vínculos con la sociedad, MSF se esfuerza por mantener un alto nivel de fondos privados. En 2011, el 89% de sus ingresos provino de fuentes privadas. Más de 4,5 millones de socios y donantes en todo el mundo lo hicieron posible. Entre los donantes públicos institucionales que aportan fondos a MSF se encuentran el Departamento de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) y los Gobiernos de Alemania, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, Suecia y Suiza.

Gastos

Se asignan de acuerdo con las principales actividades realizadas por MSF. Todas las partidas de gastos incluyen salarios, costes directos y gastos generales asignados.

Misión social

Incluye todos los gastos relacionados con los proyectos en el terreno (costes directos), así como el apoyo médico y operacional que reciben de las sedes (costes indirectos). Los costes de la misión social representaron el 82% del total en 2011.

Fondos afectados

Pueden ser fondos que los donantes exigen que sean invertidos; retenidos para su uso en lugar de gastados, o el nivel mínimo de reservas obligatorio que deben retener algunas secciones.

Fondos no afectados

Son fondos no asignados a ningún proyecto específico por los donantes y no gastados durante el ejercicio. MSF puede utilizarlos discrecionalmente para cumplir su misión social.

Otras reservas

Corresponden al capital de base y los balances técnicos relativos al proceso de combinación de las cuentas.

Las reservas de MSF se han generado a lo largo de los años por el excedente de ingresos respecto a los gastos. Al final de 2011, la parte disponible (excluyendo los fondos afectados y el capital de base) representaba 8,1 meses de actividad. El propósito de las reservas es cubrir las siguientes necesidades: futuras grandes emergencias para las que no se captan fondos suficientes; una caída repentina de los fondos privados y/o institucionales; la sostenibilidad de los proyectos a largo plazo (como los de tratamiento antirretroviral), y la financiación previa de operaciones que se sufragarán con campañas de captación de fondos y/o financiación institucional.

El Informe Financiero 2011 completo está disponible en www.msf.org

CONTACTOS MSF

Alemania Médecins Sans Frontières / Ohne Grenzen

Am Köllnischen Park 1 | 10179 Berlín | Alemania
T +49 30 700 13 00 | F +49 30 700 13 03 40
office@berlin.msf.org
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Australia Médecins Sans Frontières

Level 4 | 1-9 Glebe Point Road | Glebe NSW 2037
PO BOX 847 | Broadway NSW 2007 | Australia
T +61 28 570 2600 | F +61 29 552 6539
office@sydney.msf.org | www.msf.org.au

Austria Médecins Sans Frontières / Ärzte Ohne Grenzen

Taborstraße 10 | 1020 Viena | Austria
T +43 1 409 7276 | F +43 1 409 7276/40
office@aerzte-ohne-grenzen.at
www.aerzte-ohne-grenzen.at

Bélgica Médecins Sans Frontières / Artsen Zonder Grenzen

Rue Dupré 94 | Dupréstraat 94
1090 Bruselas | Bélgica
T +32 2 474 74 74 | F +32 2 474 75 75
info@azg.be | www.msf.be o www.azg.be

Canadá Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders

720 Spadina Avenue, Suite 402 | Toronto Ontario M5S 2T9 | Canadá
T +1 416 964 0619 | F +1 416 963 8707
msfcan@msf.ca | www.msf.ca

Dinamarca Médecins Sans Frontières / Læger uden Grænser

Dronningensgade 68 | 1420 Copenhague K Dinamarca
T +45 39 77 56 00
info@msf.dk | www.msf.dk

España Médicos Sin Fronteras

Nou de la Rambla 26 | 08001 Barcelona | España
T +34 93 304 6100 | F +34 93 304 6102
office-bcn@barcelona.msf.org | www.msf.es

Estados Unidos Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders

333 7th Avenue | 2nd Floor | Nueva York NY 10001-5004 | Estados Unidos
T +1 212 679 6800 | F +1 212 679 7016
info@doctorswithoutborders.org
www.doctorswithoutborders.org

Francia Médecins Sans Frontières

8 rue Saint Sabin | 75011 París | Francia
T +33 1 40 21 29 29 | F +33 1 48 06 68 68
office@paris.msf.org | www.msf.fr

Grecia Médecins Sans Frontières / Γιατρών Χωρίς Σύνορα

15 Xenias St. | 115 27 Atenas | Grecia
T + 30 210 5 200 500 | F + 30 210 5 200 503
info@msf.gr | www.msf.gr

Holanda Médecins Sans Frontières / Artsen zonder Grenzen

Plantage Middenlaan 14 | 1018 DD Ámsterdam Holanda
T +31 20 520 8700 | F +31 20 620 5170
office@amsterdam.msf.org
www.artsenzongrenzen.nl

Hong Kong Médecins Sans Frontières / 無國界醫生 / 无国界医生

22/F Pacific Plaza | 410 – 418 Des Voeux Road West | Sai Wan | Hong Kong
T +852 2959 4229 | F +852 2337 5442
office@msf.org.hk | www.msf.org.hk

Italia Medici Senza Frontiere

Via Volturmo 58 | 00185 Roma | Italia
T +39 06 88 80 6000 | F +39 06 88 80 6027
msf@msf.it | www.medicisenzafrentiere.it

Japón Médecins Sans Frontières / 国境なき医師団

3F Waseda SIA Bldg | 1-1 Babashitacho Shinjuku-ku | Tokio | 162-0045 | Japón
T +81 3 5286 6123 | F +81 3 5286 6124
office@tokyo.msf.org | www.msf.or.jp

Luxemburgo Médecins Sans Frontières

68, rue de Gasperich | 1617 Luxemburgo Luxemburgo
T +352 33 25 15 | F +352 33 51 33
info@msf.lu | www.msf.lu

Noruega Médecins Sans Frontières / Leger Uten Grenser

Hausmannsgate 6 | 0186 Oslo | Noruega
T +47 23 31 66 00 | F +47 23 31 66 01
epost@legerutengrenser.no
www.legerutengrenser.no

Reino Unido Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders

67-74 Saffron Hill | Londres EC1N 8QX | UK
T +44 20 7404 6600 | F +44 20 7404 4466
office-ldn@london.msf.org | www.msf.org.uk

Suecia Médecins Sans Frontières / Läkare Utan Gränser

Gjörwellsgatan 28, 4 trappor | Box 34048 100 26 Estocolmo | Suecia
T +46 10 199 32 00 | F +46 8 55 60 98 01
office-sto@msf.org | www.lakareutangranser.se

Suiza Médecins Sans Frontières / Ärzte Ohne Grenzen

78 rue de Lausanne | Case Postale 116 1211 Ginebra 21 | Suiza
T +41 22 849 84 84 | F +41 22 849 84 88
office-gva@geneva.msf.org | www.msf.ch

Oficina Internacional Médecins Sans Frontières

78 rue de Lausanne | Case Postale 116 1211 Ginebra 21 | Suiza
T +41 22 849 84 00 | F +41 22 849 84 04
www.msf.org

Otras oficinas

Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales (CAME)

78 rue de Lausanne | Case Postale 116 1211 Ginebra 21 | Suiza
T +41 22 849 8405 | www.msfacecess.org

Oficina de enlace con Naciones Unidas – Nueva York

333 7th Avenue | 2nd Floor | Nueva York NY 10001-5004 | Estados Unidos
T +1 212 655 3777 | F +1 212 679 7016

Oficina de MSF en Argentina

Carlos Pellegrini 587 | piso 11 | C1009ABK Ciudad de Buenos Aires | Argentina
T +54 11 45 51 44 60 | www.msf.org.ar

Oficina de MSF en Brasil

Rua do Catete, 84 – Río de Janeiro CEP 22220-000 | Río de Janeiro | Brasil
T +55 21 3527 3636 | www.msf.org.br

Oficina de MSF en Corea del Sur

9F Hosoo Bldg. | 68-1 Susong-dong Jongno-gu | Seúl, 110-140 | Corea del Sur
T +82 2 3703 3500 | www.msf.or.kr

Oficina de MSF en Emiratos Árabes Unidos

P.O. Box 47226 | Abu Dabi | EAU
T +971 2 6317 645 | www.msf-me.org

Oficina de MSF en India

C-106 | Defence Colony Nueva Delhi-110024 | India
T +91 11 46580216 | www.msfindia.in

Oficina de MSF en Irlanda

9-11 Upper Baggot Street | Dublín 4 | Irlanda
T +353 1 660 3337 | www.msf.ie

Oficina de MSF en México

Champtón 11 | Col. Roma Sur 06760 México D.F. | México
T +52 55 5256 4139 | www.msf.mx

Oficina de MSF en República Checa

Seifertova 555/47 | 130 00 Praga 3 | Žižkov República Checa
T +420 257 090 150 | www.lekaribezhranic.cz

Oficina de MSF en Suráfrica

Orion Building | 3rd floor | 49 Jorissen Street Braamfontein 2017 | Johannesburgo | Suráfrica
T +27 11 403 44 40/1 | www.msf.org.za

MEMORIA INTERNACIONAL MSF 2011

Colaboradores

Halimatou Amadou, Louise Annaud, Nagham Awada, Valérie Babize, Aurélie Baumel, Niklas Bergstrand, Andrea Bussotti, Jehan Bseiso, Brigitte Breuillac, Talia Bouchouareb, Natacha Bühler, Lali Cambra, Lorna Chiu, Silvia Fernández, Isabelle Ferry, Marisol Gajardo, Diderik van Halsema, Sarah-Eve Hammond, Carolina Heidenhain, Maimouna Jallow, Julia Kourafa, Jo Kuper, Aurélie Lachant, Yann Libessart, Eddy McCall, Scotti McLaren, Sally McMillan, Robin Meldrum, Isabelle Merny, Simone Petite, Yasmin Rabiyan, Catherine Robinson, Ricardo Rubio, Nihal Shafik, Ewald Stals, Clara Tarrero, Véronique Terrasse, Victoria Russell, Gregory Vandendaelen, Wyger Wentholt.

Agradecimientos

François Dumont, Myriam Hekens, Aloïs Hug, Unni Karunakara, Erwin van 't Land, Caroline Livio, Kris Torgeson, Emmanuel Tronc.

También nos gustaría dar las gracias a todo el personal de terreno, operaciones y comunicaciones que ha aportado y revisado material utilizado en la elaboración de esta memoria.

Edición inglesa

Dirección editorial Jane Linekar

Redacción Rachel McKee

Dirección de fotografía Bruno De Cock

Corrección Kristina Blagojevitch

Edición francesa

Traducción Translate 4 U sàrl (Alette Chaput, Emmanuel Pons)

Edición Laure Bonnevie

Edición italiana

Coordinación Marina Berdini

Traducción Selig S.a.S.

Edición Marina Berdini

Edición española

Coordinación Aloïs Hug

Traducción Pilar Petit

Edición Javier Moncayo

Edición árabe

Coordinación Jessica Moussan-Zaki

Traducción Mounir El-Boughdadi, Khalid Faiz

Edición Jessica Moussan-Zaki

Diseño y producción

ACW, London, UK

www.acw.uk.com





Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización médico-humanitaria internacional e independiente que presta ayuda de emergencia a personas afectadas por conflictos armados, epidemias, exclusión de la atención sanitaria y catástrofes naturales. La asistencia de MSF se basa únicamente en las necesidades de las personas, sin distinción de raza, religión, sexo o filiación política.

Fundada en París en 1971, MSF es una organización sin ánimo de lucro. Hoy nuestro movimiento cuenta con secciones en 19 países y una oficina internacional en Ginebra. Miles de profesionales sanitarios, logísticos y administrativos gestionan nuestros proyectos en más de 60 países.

Oficina internacional de MSF

78 rue de Lausanne, CP 116, CH-1211, Ginebra 21, Suiza
Tel.: +41 (0)22 849 8400, Fax: +41 (0)22 849 8404, Email: info@msf.org